

Gesundheitsförderung in der Grundschule –
Möglichkeiten und Grenzen bei der Zusammenarbeit mit
außerschulischen Institutionen am Beispiel eines
vierjährigen Evaluationsprojekts

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil.
an der
Fakultät für Bildungswissenschaften
der Universität Duisburg-Essen

vorgelegt von

Stefan Matern

geboren am 23.02.1974 in Hattingen

Tag der Disputation: 22.12.2010

1. Gutachterin: Prof. Dr. Maria Limbourg
2. Gutachterin: Prof. Dr. Gisela Steins

Vorwort

Bevor auf den nächsten ca. 450 Seiten die Konzentrationsausdauer der Leser auf die Probe gestellt wird, soll die Aufmerksamkeit auf jene Personen gerichtet werden, denen ich zu großem Dank verpflichtet bin, da die vorliegende Arbeit ohne sie nicht denkbar gewesen wäre. (Ein Verdienst, der nach der Lektüre neu bewertet werden darf). Zudem ist es der richtige Zeitpunkt auch allen jenen Leuten zu danken, die mein Studium, beziehungsweise meine Tätigkeiten an der Universität auf die eine oder andere Weise begleitet oder unterstützt haben.

Zu allererst natürlich meinen leiblichen Eltern und dem Rest der Familie, in der Hoffnung, dass die Arbeit zumindest etwas den Nebel aufzulösen vermag, der das umgibt, was man als Erziehungswissenschaftler den ganzen Tag über eigentlich so macht. Im gleichen Atemzug zu nennen ist meine universitäre „Familie“: Meine Doktor-Mutter, Prof. Dr. Maria Limbourg, für deren Unterstützung und die gewährten Freiheiten bei gleichzeitig liebevoller Wegweisung ich kaum genug danken kann. „Väterlicherseits“ hatte ich zudem das Glück, mit Dr. Karl Reiter jemandem an der Seite zu wissen, der stets ein offenes Ohr und einen weisen Rat für mich hatte.

Für unschätzbare und unkomplizierte Hilfe bei all den kleinen Problemen, die das Leben im Allgemeinen und das UNI-Leben im Speziellen so mit sich bringen, bin ich unseren treuen Sekretärinnen Ute Stritzel und Marion Herbst zu Dank verpflichtet.

Weiterhin der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Rudolf Englert aus der katholischen Theologie für die ersten Einblicke in das wissenschaftliche Arbeiten und zahllose unterhaltsame Forschungsgruppenstunden, sowie der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Armin Bernhard für das fruchtbare in Frage stellen des Etablierten und das Aufzeigen neuer, kritischer Perspektiven.

Besondere Erwähnungen verdienen Stephan Hapig, der nicht nur meine Seminare mit Erste-Hilfe-Kursen bereicherte, sondern auch „Erste Hilfe“ bei Fragen nach medizinischen Zusammenhängen leistete, und Sarah Musolff für akribisches Korrekturlesen und tausender kleiner, aber umso wichtiger Hilfstätigkeiten. Mit Stefan Wachner und Tim Kiparski möchte ich noch zwei alten „Kampfgefährten“ erwähnen. Gemeinsam haben wir stundenlange SPSS-„Schlachten“ geschlagen, Theorien diskutiert und vor allem überlegt, wie wir inner- und außerhalb der Bildungsinstitutionen unser Überleben sichern.

Ein weiterer Dank gilt all jenen Studierenden, die sich zwischen 2002 und 2006 an der Datenerhebung im Projekt beteiligt, und jenen, die in meinen Veranstaltungen zu einer produktiven Reflektion und gedanklicher Weiterführung der Inhalte beigetragen haben. Nicht vergessen werden dürfen die Schüler und deren Eltern, ohne deren Daten und Mitarbeit das ganze Projekt ohnehin nicht möglich gewesen wäre.

Vorwort

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1 Definitionen von Gesundheit	12
1.1 Die WHO-Definition	13
1.2 Gesundheitswissenschaftliche Definitionen	14
1.3 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	17
2 Modelle von Gesundheit und Gesundheitsstörungen	19
2.1 Das biomedizinische Modell	19
2.2 Das Risikofaktorenmodell (sozialepidemiologischer Ansatz)	22
2.3 Das Salutogenese-Modell	26
2.4 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	32
3 Subjektive Theorien von Gesundheit	36
3.1 Subjektive Theorien von Lehrern und Lehramtsstudierenden	37
3.2 Subjektive Theorien von Kindern	43
3.3 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	46
4 Die pädagogische Institution Grundschule	49
4.1 Pädagogische Grundlagen	49
4.1.1 Allgemeine Ziele der Grundschule	50
4.1.2 Gesundheitserziehung und -förderung in der Grundschule	52
4.1.2.1 Gesundheitserziehung in den Lehrplänen und Richtlinien für die Grundschule	53
4.1.2.2 Gesundheitsförderung als Bestandteil des Schulprogramms	57
4.1.2.3 Kooperationen mit außerschulischen Partnern	59
4.2 Sozialisationstheoretische Grundlagen	60
4.2.1 Sozialisationstheorien	60
4.2.2 Sozialisationsagenturen	71
4.2.2.1 Die Familie	71
4.2.2.2 Die Schule	73
4.2.2.3 Die Peergroup	74
4.2.2.4 Die Massenmedien	75
4.3. Entwicklungspsychologische Grundlagen	76
4.3.1 Entwicklung der Sinnesorgane	77
4.3.1.1 Visueller Sinn	78
4.3.1.2 Auditiver Sinn	79
4.3.2 Kognitive Entwicklung	79
4.3.3 Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögen	84

4.3.4	Emotionalität/Affektivität	85
4.3.5	Psychomotorik	86
4.4	Methodisch-didaktische Grundlagen	86
4.5	Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	90
5	Gesundheitszustand und -risiken im Kindesalter	94
5.1	Gesundheitszustand von Schulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich	94
5.2	Gesundheit und soziale Ungleichheit	96
5.3	Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland	99
5.3.1.	Psychomotorische Defizite	99
5.3.1.1	Entwicklung der Psychomotorik im Kindesalter	102
5.3.1.2	Psychomotorische Leistungsfähigkeit von Kindern in Deutschland	103
5.3.1.2.1	Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys	104
5.3.1.2.2	Ergebnisse zur Psychomotorik aus dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	106
5.3.1.3	Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion	126
5.3.1.4	Ansätze zur Prävention von psychomotorischen Defiziten und zur Bewegungsförderung	129
5.3.2	Ernährungsbedingte Erkrankungen	132
5.3.2.1	Prävalenzen für Essstörungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	135
5.3.2.2	Ergebnisse zum Ernährungswissen und -verhalten von Grundschulkindern aus dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	138
5.3.2.3	Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion	144
5.3.2.4	Ernährungs-Erziehung in der Grundschule	145
5.3.3	Kinderunfälle	147
5.3.3.1	Entwicklung der Gefahrenkognition und des Sicherheitsbewusstseins	148
5.3.3.2	Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland	152
5.3.3.2.1	Daten der Arbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“	152
5.3.3.2.2	Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)	153
5.3.3.2.3	Unfall-Daten aus dem Projekt „Gut drauf! –Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	154
5.3.3.3	Schutzmaßnahmen	161
5.3.3.4	Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion	164
5.3.3.5	Ansätze zur Prävention von Kinderunfällen	165
5.3.4	Gewalterfahrungen im Kindesalter	167
5.3.4.1	Ursachen der Gewaltentstehung im Kindesalter	168
5.3.4.2	Straftaten und Gewalterfahrungen von Kindern in Deutschland	172
5.3.4.2.1	Daten aus der Kriminalitätsstatistik für Nordrhein-Westfalen	172
5.3.4.2.2	Studien zu Gewalterfahrungen von Kindern in Deutschland	172
5.3.4.2.3	Ergebnisse zu den Gewalterfahrungen von Kindern aus dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	174
5.3.4.2.4	Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion	179
5.3.4.3	Ansätze zur Gewaltprävention	179
5.4	Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	183

6	Grundlagen des Gesundheitsverhaltens/-handelns	187
6.1	Gesundheitsverhaltensmodelle	188
6.1.1	Kontinuierliche Gesundheitsverhaltensmodelle	188
6.1.2	Dynamische Gesundheitsverhaltensmodelle	194
6.2	Modell des Gesundheitshandelns	200
6.2.1	Formen des Gesundheitshandelns	201
6.2.2	Entwurf eines Modells für das Gesundheitshandeln im Kindesalter	202
6.2.3	Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	211
7	Konzepte zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung	213
7.1	Prävention	216
7.2	Gesundheitserziehung, -aufklärung, -bildung	219
7.2.1	Entwicklungslinien bei der Etablierung schulischer Gesundheitserziehung in Deutschland	220
7.2.2	Methodisch-didaktische Entwicklungen	224
7.3	Gesundheitsförderung als Konzept („New Public Health“)	230
7.4	Empowerment for Health	235
7.5	Das Präventionsdilemma	238
7.6	Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	242
8	Vierjährige Evaluationsstudien zur Gesundheitsförderung an Grundschulen	245
8.1	„Klasse 2000“	245
8.2	„Chilt I – III“ (Children`s Health International Trial)	248
8.3	„Primakids“	250
8.4	„Fit und stark fürs Leben“	252
8.5	„Arbeitsplatz Schule“	253
8.6	„Ich bin Ich – Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung“	254
8.7	„Bewegte Grundschule“	256
8.8	Überblick und Vergleich mit dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	258
9	Das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	260
9.1	Zielsetzung	260
9.2	Beteiligte Institutionen	260
9.2.1	Beteiligte Schulen	260
9.2.2	Außerschulische Kooperationspartner	262
9.3	Interventionsmaßnahmen	263
9.3.1	Unterrichtseinheiten im 1. Schuljahr	265
9.3.2	Unterrichtseinheiten im 2. Schuljahr	268
9.3.3	Unterrichtseinheiten im 3. Schuljahr	270
9.3.4	Unterrichtseinheiten im 4. Schuljahr	272
9.4	Forschungsmethodik	274
9.4.1	Untersuchungsplan	274
9.4.2	Stichprobe	275
9.4.3	Untersuchungsinstrumente/Datenerhebung	277

9.4.3.1 Schuleingangsuntersuchung	279
9.4.3.2 Körperkoordinationstest	280
9.4.3.3 Kinderbefragung	283
9.4.3.3.1 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung zu Beginn des 1. Schuljahres (2002)	284
9.4.3.3.2 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung am Ende des 1. Schuljahres (2003)	285
9.4.3.3.3 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung am Ende des 2. Schuljahres (2004)	286
9.4.3.3.4 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung am Ende des 3. Schuljahres (2005)	286
9.4.3.3.5 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung am Ende des 4. Schuljahres (2006)	287
9.4.3.4 Elternbefragung	287
9.4.3.5 Prozessproduzierte Daten	288
9.5 Ergebnisse	290
9.5.1 Schuleingangsuntersuchung	291
9.5.2 Körperkoordinationstest (KTK)	293
9.5.3 Kinderbefragung	293
9.5.3.1 Ergebnisse zur Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins im Grundschulalter	294
9.5.3.2 Ergebnisse der einzelnen Erhebungszeiträume	299
9.5.3.2.1 Ergebnisse der Untersuchung zu Beginn des 1. Schuljahres (2002)	299
9.5.3.2.2 Ergebnisse der Untersuchung am Ende des 1. Schuljahres (2003)	305
9.5.3.2.3 Ergebnisse der Untersuchung am Ende des 2. Schuljahres (2004)	313
9.5.3.2.4 Ergebnisse der Untersuchung am Ende des 3. Schuljahres (2005)	324
9.5.3.2.5 Ergebnisse der Untersuchung am Ende des 4. Schuljahres (2006)	344
9.5.4 Elternbefragung	364
9.5.4.1 Vorsorgeuntersuchungen/Schutzimpfungen	364
9.5.4.2 Mobilitätserziehung/-verhalten	366
9.5.4.3 Brandschutzerziehung	377
9.5.4.4 Deviantes/Kriminelles Verhalten	382
9.5.4.5 Selbstentspannung/Autogenes Training	384
9.5.4.6 Ernährungserziehung/Kochabende mit den Eltern	386
9.5.4.7 Wahrnehmung des Projekts bei den Eltern	390
9.6 Zusammenfassung der Ergebnisse	397
9.6.1 Entwicklung der Gefahrenkognition im Projektzeitraum	397
9.6.2 Beiträge der Projektpartner	398
9.6.2.1 Beiträge der Polizei EN	398
9.6.2.2 Beiträge der Feuerwehr EN	402
9.6.2.3 Beiträge der AVU	404
9.6.2.4 Beiträge der AOK	405
9.6.2.5 Beiträge der VER	407
9.6.3 Bilanz	408
10 Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung	411
10.1 Überblick über die aktuelle Diskussion	411
10.2 Kriterien für die Evaluation von Gesundheitsfördermaßnahmen	414
10.2.1 Theoretische Grundlagen	414
10.2.2 Anwendung der Kriterien auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	418
10.3 Good-Practice-Beispiele zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung	423
10.3.1 Theoretische Grundlagen	423
10.3.2 Anwendung der Kriterien auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	424

10.3.3	Good-Practice-Beispiele für die Gesundheitsförderung in der Grundschule	426
10.4	Bewertung des Projektes „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“	428
11	Literatur	432

Anhang

Einleitung

Bei einer Arbeit, die sich der Gesundheitsförderung in der Grundschule widmet, gilt es zunächst zu konstatieren, dass das Kindesalter die gesündeste Lebensphase darstellt¹, um im gleichen Atemzug zu betonen, dass die Präventionspotenziale im Kindesalter bei Weitem noch nicht ausgeschöpft sind, und dass, nachdem die mit einer hohen Kindersterblichkeit einhergehenden Infektionskrankheiten in Deutschland weitgehend ausgerottet sind, Kindheit von einer „neuen Morbidität“² bedroht ist. Zu dieser neuen Morbidität lassen sich chronische Erkrankungen, verschiedene Essstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten zählen, deren Ursachen multifaktoriell, zum Teil genetisch-angeboren, zum Teil umweltbedingt und zum Teil das unerwünschte Resultat von Sozialisationsprozessen sind.³ Über die genauen Prävalenzen und Entwicklungsverläufe dieser Gesundheitsstörungen herrschte lange Zeit Unklarheit. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)⁴ konnten erstmals repräsentative Daten über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ermittelt werden, auf deren Basis sich in Zukunft der Erfolg von Gesundheitsförderung beurteilen lässt. Für einen internationalen Vergleich liegen die Daten der gegenwärtig aktuellsten Ausgabe (2007) der alle vier Jahre durchgeführten internationalen WHO-Vergleichsstudie „*Health Behaviour in School-aged Children*“ (HBSC)⁵ vor (vgl. Kapitel 5).

Die mit KiGGS erhobenen Daten identifizieren dabei nicht nur die vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche im Laufe des Jugendalters quantitativ zunehmen und sich qualitativ manifestieren, sie unterstreichen auch den länger bekannten Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Ungleichheit⁶ und weisen die bei zahlreichen Krankheitsmustern höheren Prävalenzen bei Risikogruppen aus. Zu solchen Risikogruppen zählen in erster Linie Kinder aus Familien mit sozio-ökonomisch ungünstigen Lebensbedingungen⁷ und Kinder mit Migrationshintergrund⁸. Weiterhin bestätigen sich geschlechtsspezifische gesundheitliche Risikoverhaltensweisen, die mit einer unterschiedlichen Morbidität (und Mortalität) von Jungen und Mädchen einhergehen. So sind Jungen häufiger in Unfälle verwickelt, sie überwiegen bei der Mehrzahl der Verhaltensstörungen und konsumieren häufiger Suchtmittel. Mädchen dagegen berichten häufiger Gesundheitsbeschwerden, sind generell mit ihrem Gesundheitszustand weniger zufrieden als Jungen (beides ist für die subjektiv empfundene Gesundheit

¹ vgl. RKI (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 12.

² vgl. Schlack: Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. In: Kinderärztliche Praxis. 75/2004, S. 292-299.

³ vgl. RKI (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 87.

⁴ Bundesgesundheitsblatt: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007.

⁵ Currie (u.a.) (eds.): Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. Edinburgh: WHO 2008.

⁶ vgl. Mielck/Helmert: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann/Laaser/Razum: Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 603-624; Helmert u.a. (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Weinheim: Juventa 2000.

⁷ vgl. Lange (u.a.): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 578-589.

⁸ vgl. Schenk/Ellert/Neuhauser: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 590-599.

bedeutsam), was sich v.a. im Umgang mit und in den Vorstellungen von dem eigenen Körper ausdrückt.⁹

Das Bemühen um die Verbesserung bzw. den Erhalt von Gesundheit im Allgemeinen wie auch speziell bei Risikogruppen dürften daher weiterhin zu den wesentlichen individuellen wie gesamtgesellschaftlichen Aufgaben gehören. Eine Aufgabe, die mit jeder Generation Heranwachsender stets aufs Neue zu lösen ist, unter sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und für sich ändernde gesundheitliche Risiken. Dabei lässt sich Gesundheit einerseits als eine abhängige Variable begreifen, die von verschiedenen Determinanten - etwa dem Gesundheitsverhalten eines Menschen, oder von Umweltfaktoren - beeinflusst wird, und andererseits als eine unabhängige Variable, bei der Gesundheit ihrerseits als eine Ressource für eine erfolgreiche Lebensbewältigung anzusehen ist.

Auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene ist die Verbesserung des Gesundheitszustands im Zusammenhang mit hohen, durch Krankheiten und Gesundheitsstörungen verursachten Kosten zu sehen. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland betrugen im Jahr 2008 etwa 263 Milliarden Euro¹⁰, womit der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) aktuell bei über 10,5% liegt, was im internationalen Vergleich nur von den USA (15%) übertroffen wird.¹¹ Zusätzlich ist anzumerken, dass von diesen 263 Milliarden Euro nur ein kleiner Teil (zwischen 10% und 15%) für vorbeugende Maßnahmen ausgegeben wird, den überwiegenden Anteil der Ausgaben des Gesundheitswesens stellen Behandlungs- und Betreuungs- bzw. Pflegekosten oder Arzneimittelausgaben dar.¹²

Auf der systemischen Ebene - damit ist im Kontext dieser Arbeit das Schulsystem gemeint - dürfte die von Hurrelmann (2006) geäußerte Kritik, dass die auf den Militarismus des 19. Jahrhunderts zurückgehende, veraltete Lern- und Organisationsstruktur der Schule¹³, den gegenwärtigen Anforderungen einer modernen Gesellschaft nicht mehr angemessen sei, auch für die Gesundheitsförderung in der Schule bedeutsam sein. Die Lern- und Organisationsstrukturen von Schulen haben nach Hurrelmann nicht nur dazu beigetragen, dass die deutschen Schüler bei den internationalen Vergleichsstudien relativ schlecht abschnitten, sondern bedingen auch, dass Schule weder für Schüler/innen¹⁴ noch für Lehrer/innen derzeit als gesunde Lebenswelt anzusehen ist (siehe dazu Kapitel 3.1). Eine Schulkritik, die allerdings für die Grundschule noch am wenigsten zutrifft, da gerade diese Schulform in den letzten Jahrzehnten eine Phase der inneren (Etablierung offener Unterrichtsformen) und äußeren Reform (etwa im Ausbau zu Ganztagschulen) erfahren hat. Speziell für den Bereich der Gesundheitsförderung ist zu beobachten, dass in der Primarstufe eine Vielzahl an

⁹ vgl. Lange (u.a.): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 580f.

¹⁰ Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de (Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Ausgaben > Gesundheitsausgabenrechnung; 15.09.10)

¹¹ vgl. Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, S. 197.

¹² vgl. Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 55.

¹³ vgl. Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 213; 218.

¹⁴ Im Weiteren werde ich zu Gunsten der Lesbarkeit nur die männliche Schreibweise verwenden.

Modell-Projekten initiiert wurde, mit dem Ziel, das Gesundheitshandeln von Kindern nachhaltig zu verbessern. Dass die Grundschule ein bevorzugter Ort für Präventionsansätze geworden ist, hat mehrere Ursachen: In erster Linie die Erkenntnis, dass gesundheitsbezogene Verhaltensweisen des Erwachsenenalters schon im Kindes- und Jugendalter angebahnt werden. Bereits in dieser Altersklasse werden Lebensstile ausgebildet, die für das weitere Leben handlungsleitend bleiben.¹⁵ Daher ist es sinnvoll, entsprechende verhaltensbeeinflussende Maßnahmen schon frühzeitig einzusetzen. Teilweise gehen die Tendenzen in die Richtung, bereits im vorschulischen Bereich (Kindergarten, Kindertagesstätte, u.ä.) anzusetzen, jedoch sind diese Einrichtungen sozial stärker selektiv, d.h. Kinder aus Familien mit geringem Einkommen und niedrigen Bildungsabschlüssen sind hier unterrepräsentiert und damit gerade als eine wesentliche Zielgruppe von Präventionsbemühungen nur wenig erreichbar.¹⁶ Die Grundschule ist daher als Schule für alle Kinder eine ideale Institution, um alle gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen zu erreichen.

Auf der individuellen Ebene wird die Bedeutung von Gesundheit vielfach erst dann bewusst erfahren, wenn man erkrankt ist, d.h. wenn die Selbstverständlichkeit von Gesundheit - wie sie für das Kindes- und Jugendalter in weiten Teilen noch gültig ist - als Irrtum entlarvt wurde. Ein Gesundheitsverhalten, das aber erst bei eintretenden Symptomen initiiert wird, steht im Widerspruch zu jedem Präventionsdenken. Auch wenn Kindheit die gesündeste Lebensphase darstellt, bedeutet dies nicht gleichermaßen, dass Kinder sich gesund verhalten, und schon gar nicht, dass sie bereits ein Gesundheitsbewusstsein entwickelt haben, aus dem sich im Jugend- und im Erwachsenenalter gesundheitsorientierte Lebensstile manifestieren werden. Es stellt sich daher die Frage, wie sich ohne unmittelbar direkt erkennbaren Nutzen eine bewusste Entscheidung für gesundheitsorientierte Verhaltensweisen im Kindesalter bewirken lässt. Verhaltensweisen, welche dann in weiteren Lebensphasen übernommen werden.

Gesundheit ist ein lebenslanges Thema und gerade zu einer Zeit, in der für immer mehr Menschen das Erreichen eines hohen Lebensalters realistisch wird, muss es ein Ziel sein, die Gesundheit in allen Lebensphasen weiter zu verbessern. Die Grundlagen für eine möglichst gesundheitsorientierte Lebensgestaltung werden in jungen Jahren gelegt¹⁷, weshalb es naheliegend ist, frühzeitig mit der Gesundheitsförderung zu beginnen. Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur Verbesserung pädagogisch intendierter Programme auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung leisten. Dabei geht es hauptsächlich um schulische oder im Rahmen des Schulunterrichts vermittelte Gesundheitserziehung, wobei Veränderungen auf der Systemebene zumindest andiskutiert werden.

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit bildet die Evaluationsstudie zum Projekt *„Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* (2002-2006), die die Untersuchung des Erfolges eines ganzheitlichen, umfassenden und langfristig

¹⁵ vgl. Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S 25.

¹⁶ vgl. Roßbach: Vorschulische Erziehung. In: Cortina u.a. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik, S. 299f.

¹⁷ vgl. Jerusalem: Theoretische Konzeption der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 31.

angelegten Konzepts zur Gesundheits- und Sicherheitserziehung in der Grundschule von der ersten bis zur vierten Klasse zum Ziel hatte. Mit jährlichen Erhebungen (Motorik-Test, Kinderbefragung, Elternfragebogen) wurde die Wirksamkeit der Unterrichtseinheiten außerschulischer Institutionen (Polizei, Feuerwehr, Krankenkasse, regionales Energieversorgungsunternehmen, regionaler Anbieter im Öffentlichen Personennahverkehr) in zwei Versuchsklassen gegenüber einer aus acht Schulklassen bestehenden Kontrollgruppe erfasst. Die Stichprobengröße bestand zum Einschulungszeitpunkt aus 210 Kindern aus zehn Schulklassen, davon 46 aus der Versuchsgruppe. (Der Abschlussbericht zum Projekt findet sich in Kapitel 9, weitere Daten sind in Kapitel 5 dargestellt.)

Die konsequente Evaluation gesundheitsbezogener Maßnahmen in der Schule ist nötig, um ihre Effektivität und Effizienz zu erhöhen. Dabei sind den ganzen Grundschulzeitraum umfassende Längsschnittuntersuchungen hilfreich, um kurz-, mittel- und langfristige Effekte zu messen. Da solche Studien weiterhin eine Seltenheit darstellen (eine Übersicht über die vorliegenden Studien liefert Kapitel 8), bietet die Auswertung des Projekts „Gut drauf! - *Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe*“ wertvolle Erkenntnisse für die Implementierung außerschulischer Interventionsmaßnahmen in der Grundschule.

Die übergreifende Frage dieser Arbeit lautet, welchen Beitrag können außerschulische Institutionen leisten, damit gesundheitsförderliche Verhaltensweisen für die Heranwachsenden gleichermaßen attraktiv und selbstverständlich erscheinen. Im Detail konstituiert sich das forschungsleitende Erkenntnisinteresse aus drei Quellen:

- Zum Ersten sollen aus einer theoretischen Perspektive heraus, aus der Fülle an Erklärungsmodellen und theoretischen Grundlagen, die in verschiedenen Wissenschaften erarbeitet wurden, jene Determinanten ermittelt werden, die für die Ausbildung des Gesundheitsbewusstseins und -handelns im Grundschulalter relevant sind, mit dem Ziel, eine Förder-Praxis zu begründen, mit der sich das Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln der Kinder nachhaltig verbessern lässt. Antworten auf diese Frage sind in den ersten fünf Kapiteln der Arbeit zu finden. Zunächst gilt es in den ersten drei Kapiteln vorab zu klären, welche Vorstellungen und Modelle von Gesundheit und Krankheit konzeptionell-normativ und subjektiv in Deutschland vorherrschen, und welche Ansätze von Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung aus ihnen hervorgehen. Anschließend werden Grundlagen für die pädagogische Arbeit an der Grundschule (Kapitel 4) mit empirischen Daten zum Gesundheitszustand von Kindern in Deutschland (Kapitel 5) in Beziehung gesetzt.
- Zum Zweiten existiert ein forschungsleitendes Erkenntnisinteresse an der Implementierung von einer solchen theoretisch fundierten Gesundheitsförderung in der Praxis. In Kapitel 6 werden daher zunächst verschiedene Modelle diskutiert, mit denen das Gesundheitshandeln von Menschen erklärt werden soll. Das Kapitel 7 bildet daran anschließend verschiedene Zugänge der Gesundheitsförderung (innerhalb und außerhalb von Bildungseinrichtungen) in ihrer historischen Entwicklung ab. Das Projekt „Gut drauf! - *Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe*“ ist stellvertretend für eine Vielzahl von Bemühungen und Ansätzen, auf die Gesundheit von Kindern Einfluss zu nehmen. Bei der Umsetzung des Projektes wurden Erkenntnisse aus den

Gesundheitswissenschaften und der Fachdidaktik der Grundschule berücksichtigt, sodass es für viele andere Projekte, die an Grundschulen durchgeführt werden, mustergültig ist. Da es allerdings auch nicht frei von Schwächen und Mängeln war, ist es in einem Best-Practice Sinne aber auch zugleich nicht mustergültig. Gerade wegen dieser Ambivalenz lohnt sich die Auseinandersetzung mit diesem Projekt, da etwa begrenzte Ressourcen durchaus dem Alltag an vielen Schulen entsprechen. Somit dürfte es realistischer sein als manche Modellprojekte, bei denen die Modellhaftigkeit ihrerseits als Verzerrung der Schulwirklichkeit angesehen werden kann.

- Zum Dritten besteht ein Erkenntnisinteresse an den Ergebnissen dieser Praxis, die an fünf Erhebungszeiträumen Daten über gesundheitsbezogene Einstellungen, vorhandene Wissenssegmente und zum Gesundheitsverhalten/-handeln der untersuchten Kinder (und ihrer Eltern) lieferte. Längsschnittstudien, die eine Stichprobe über einen gesamten Grundschulzeitraum von vier Jahren untersuchen, sind aktuell noch selten (eine Übersicht liefert Kapitel 8). Mit den vorliegenden Daten lassen sich die bestehenden theoretischen Modelle überprüfen und gegebenenfalls ergänzen. Ein solcher Rückverweis von der Praxis auf die Theorie sollte letzten Endes auch Hinweise für die didaktische Umsetzung gesundheitsförderlicher Unterrichtseinheiten in der Grundschule liefern. Die Berichterstattung zu dem Projekt *„Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* und daraus abgeleitete Konsequenzen für die Gesundheitsförderung an Schulen befinden sich in den Kapiteln 5, 9 und 10.

Um die Anonymität aller beteiligten Personen – nicht nur die der Kinder, sondern auch die der Lehrkräfte und der jeweiligen Schulleitung – zu gewährleisten, wurden alle Städte-, Stadtteil- und Schulnamen in der vorliegenden Arbeit verfremdet oder gelöscht.

1 Definitionen von Gesundheit

Zu Beginn einer Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen schulischer Gesundheitsförderung ist die Frage zu klären, wann ein Mensch in unserer Gesellschaft als „*gesund*“ gilt. In einem naiven Alltags-Verständnis wird Gesundheit zumeist als Abwesenheit von Krankheit verstanden, eine reduzierte Sicht, die bereits bei Kindern im Grundschulalter mehrheitlich von einer vielschichtigen Beschreibung abgelöst wird (siehe auch Kapitel 3.2).¹⁸ Das Gesundheitskonzept differenziert sich im Lauf der kindlichen Entwicklung aus, dennoch gelingt es auch vielen Erwachsenen nicht auf Anhieb, „*Gesundheit*“ zu definieren. Auch Befragungen unter Lehramtsstudierenden (siehe Kapitel 3.1) liefern zwar ein breites Spektrum an Dimensionen (Gesundheit als Fehlen von Krankheiten und körperlichen Gebrechen, Gesundheit als subjektives Wohlbefinden, Gesundheit als gesellschaftliche Norm,...), eine präzise Bestimmung dessen, was den Kern von Gesundheit bildet, was einen gesunden Menschen auszeichnet, fällt vielen dagegen oft schwer.

Dabei ist die Klärung dieser Frage für eine Auseinandersetzung mit der Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung. In den Definitionen von Gesundheit und Krankheit spiegeln sich die bestehenden, dominierenden Gesundheitsnormen einer Gesellschaft, oder einer Subkultur, wieder. Gleichzeitig wirken Definitionen als normierende Kraft auch darauf zurück, was gemeinhin als „*normal*“ angesehen wird und welche (körperlichen und geistigen) Ausprägungen, Verhaltensweisen etc. als pathologisch und damit therapiebedürftig gelten. Ein Beispiel dafür ist das Störungsbild der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS), dessen Symptomatik (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität) in früheren Generationen im Erziehungs-Alltag zumeist nicht als eine pathologische Störung wahrgenommen, sondern als Persönlichkeitseigenschaft des jeweiligen Kindes angesehen wurde.¹⁹ In den letzten Jahrzehnten ist das Bewusstsein für ADS/ADHS und die zuerkannte gesundheitsschädigende Relevanz gestiegen, dennoch lässt sich weiterhin in verschiedenen kulturellen und sozialen Milieus eine unterschiedlich hohe Symptomtoleranz beobachten.²⁰

Bestehende Gesundheitsnormen beeinflussen darüber hinaus, wie viele und welche (öffentliche) Mittel zur Behandlung einer Gesundheitsstörung aufgewendet bzw. bereitgestellt werden. Dabei entscheiden nicht zuletzt statistische Verteilungen, d.h. eine Abweichung von der Referenzgruppe, darüber, ob jemand als „*krank*“ oder „*gesund*“ gilt. Offensichtlich wird dies bei der Einteilung von Personen in Kategorien wie „*untergewichtig*“, „*übergewichtig*“ und „*adipös*“²¹ oder eben „*normalgewichtig*“ anhand der Perzentile zum Body-Mass-Index (BMI).²²

¹⁸ vgl. Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 27f.

¹⁹ Die erste empirische Arbeit zu dem Störungsbild von ADS/ADHS wurde bereits 1932 von Kramer/Pollnow mit dem Titel „Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter“ veröffentlicht.

²⁰ vgl. Schlack/Höllig/Kurth/Huss: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 50: Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS), S. 827-835.

²¹ Adipositas ist in der ICD-10 aufgeführt (Kennziffer E66) und damit als Krankheit anerkannt: www.icd-code.de/icd/code/E00-E90.html (08.10.10).

²² Der BMI errechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht und Körpergröße (Gewicht in kg/Körpergröße²), woraus u.a. Übergewicht und Adipositas (stark übergewichtig) abgeleitet werden können. Obwohl der BMI zwar wichtige Kriterien wie den Körperfett- oder den Muskelanteil unberücksichtigt lässt,

Von den offiziellen, gesundheitswissenschaftlichen Theorien abzugrenzen, sind jene subjektiven Alltagstheorien von Gesundheit und Krankheit des einzelnen Menschen. Diese Alltagstheorien setzen sich im Wesentlichen aus Wissenssegmenten, Einstellungen und Vorstellungen über gesundheitsrelevante Zusammenhänge, sowie eigene (oder stellvertretende), gesundheitsbezogene Erfahrungen zusammen. Ihnen können wissenschaftliche Erkenntnisse zu Grunde liegen, ebenso wie quasi-religiöse Deutungsmuster, oder es kann ein individuell-spezifischer Theoriemix vorherrschen, wie er etwa in „*Hausmitteln*“ zum Ausdruck kommt. Nach Faltermaier (1994) werden vor dem Hintergrund eines gegenwärtig noch dominierenden Modells der Pathogenese die subjektiven Gesundheitsvorstellungen nach wie vor weitgehend über Krankheit konstituiert.²³

Im Weiteren werden zunächst „*offizielle*“ Definitionen von Gesundheit vorgestellt. Daran anschließend werden drei unterschiedliche Gesundheits-Krankheitsmodelle diskutiert, die paradigmatisch die Gesundheitsförderung in Vergangenheit und Gegenwart beeinflusst haben (Kapitel 2). Das 3. Kapitel widmet sich dann den subjektiven Theorien von Lehrern und Kindern. Subjektive Theorien beeinflussen maßgeblich die subjektive Gesundheit, welche zumindest für das hohe Lebensalter sogar eine größere Bedeutung für die Lebenserwartung besitzt als der medizinisch diagnostizierbare, objektive Gesundheitszustand.²⁴

1.1 Die WHO-Definition

Die Definition des Begriffs „*Gesundheit*“ durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1946:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“²⁵

umfasst mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit - wie sie dem oben skizzierten naiven Alltagsverständnis zu Grunde liegt. Vielmehr bezieht sie sich auf einen Zustand des vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, womit eine ganzheitliche Vorstellung gegenüber einer in erster Linie biomedizinischen Sichtweise betont wird. Gesundheit wird somit als ein allgemeines Wohlbefinden, als eine Einheit von Körper und Geist, als psychische und soziale Integrität verstanden. Mit dieser Definition grenzt sich die WHO eindeutig von einer auf den Körper und dessen Gebrechen reduzierten Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit ab.

stellt er ein geeignetes Maß für die Körperfettmasse dar (vgl. Vögele/Ellrott: Ernährung, Über- und Untergewicht. In: Lohaus u.a. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 177). Die aktuell verwendeten Perzentile für den Body-Mass-Index wurden von Kromeyer-Hauschild (u.a.) aufgestellt (Kromeyer-Hauschild (u.a.): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter und Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. 2001). Weitere Informationen für die Interpretation der Daten finden sich auf der Homepage der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“: www.a-g-a.de.

²³ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, S. 88.

²⁴ vgl. Wurm/Lampert/Menning: Subjektive Gesundheit. In: Böhm/Tesch-Römer/Ziese (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter, S. 79.

²⁵ vgl. www.who.int/about/definition/en/ (15.04.08)

Diese Definition von Gesundheit ist nicht ohne Kritik geblieben: Klein-Heßling (2006) bemängelt erstens die Zielbeschreibung eines „*vollkommenen Wohlbefindens*“ als einen „*utopischen Idealzustand*“, dessen Verwirklichung somit von vornherein nicht realisierbar sei. Zum zweiten kritisiert er, dass die WHO-Definition den Prozesscharakter vernachlässige und stattdessen Gesundheit als einen Zustand beschreibe. Der dritte Kritikpunkt, den Klein-Heßling formuliert, ist die weitgehende Ausblendung der Umweltbedingungen und die starke Fokussierung auf subjektive Dimensionen.²⁶

Für Klotter (2009) folgt aus dieser umfassenden Zielsetzung der gesellschaftspolitische Auftrag, alles zu unternehmen, um gesundheitsbezogene Defizite in der Bevölkerung abzubauen. Allerdings sieht er es als problematisch an, dass die Dimensionen von Leid und Tod ausgeklammert würden, welche untrennbar mit der menschlichen Existenz verbunden seien.²⁷ Weiterhin weist er darauf hin, dass in der Realitätsferne der Definition nicht nur die Gefahren von Enttäuschung und Resignation liegen, sondern dass es generell fraglich ist, ob „[...] *im Wesen des Menschen [...] alles zum Guten und zur Gesundheit drängt. Eine relative Gesundheit wäre dann stets ein Resultat eines intrapsychischen Konflikts. Gesundheitsförderung müsste diesen Konflikt anerkennen. Vollkommenes Wohlbefinden als Zielsetzung würde diesen Konflikt ignorieren. Relatives Wohlbefinden wäre eine geeignete Zielsetzung.*“²⁸

In erster Linie pragmatisch argumentiert Lohaus (1993), der die schlechte Operationalisierbarkeit der WHO-Definition hervorhebt und eine Differenzierung in messbare Teilschritte fordert, „[...] *die mit dem Erreichen des Zielzustandes des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens verbunden sind.*“²⁹ Da sich in empirischen Studien ganzheitliche Ansätze in der Regel kaum in allen Aspekten verfolgen lassen, wird Gesundheit anhand von messbaren, v.a. epidemiologischen Kriterien, wie etwa Lebenserwartung (Mortalität) oder Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) einer Personengruppe oder einer zu untersuchenden Stichprobe beurteilt. Ebenso können auch Prädiktoren für eine *gesunde* oder *ungesunde* Lebensweise wichtige Hinweise und Aufschlüsse liefern. Hierzu zählen z.B. Impfquoten, Daten zur Zahngesundheit oder auch Angaben über Ernährungsgewohnheiten oder zum Freizeitverhalten. Aus der Summe verschiedener Indikatoren lässt sich so ein detailliertes Bild über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, oder verschiedener sozialen Gruppierungen erstellen.

1.2 Gesundheitswissenschaftliche Definitionen

Die Orientierungswissenschaft für gesundheitsbezogene Fragestellungen ist die Medizin, sie liefert Kriterien, um den Gesundheitszustand eines Menschen, zumeist anhand von diagnostizierbaren Krankheitssymptomen, zu beurteilen. Mit dem ICD

²⁶ Klein-Heßling: Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In: Lohaus u.a. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 14ff.

²⁷ vgl. Klotter: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben?, 57f.

²⁸ „ebd.“, S. 139.

²⁹ Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 8.

(International Classification of Diseases) liegt ein von der WHO herausgegebenes, international normiertes Klassifikationssystem vor, in das alle anerkannten Krankheiten eingeordnet und charakterisiert werden. Das Klassifikationssystem wird regelmäßig ergänzt und überarbeitet. Aktuell liegt mit der ICD-10 die zehnte Ausgabe aus dem Jahr 2006 vor.³⁰

In der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Diskussion werden verschiedene Definitionen von Gesundheit verwendet, die im Weiteren vorgestellt werden. Den Ausgangspunkt bildet zumeist eine mehr oder minder umfangreiche Kritik an der oben genannten WHO-Definition.

Die Vernachlässigung des Prozesscharakters und die Ausblendung von Umweltbedingungen in der WHO-Definition werden von Hurrelmann ergänzt, in dem er Gesundheit als „[...] *Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet*“,³¹ beschreibt. Gesundheit lässt sich dieser Definition nach nicht alleine über die Seite des Individuums erschließen, stattdessen gilt es, den Einzelnen im Kontext seiner Lebensbedingungen³² wahrzunehmen. Gesundheit konstituiert sich demnach über das Verhältnis von Subjekt und Umwelt, wie es auch in der ökologischen Entwicklungstheorie von Bronfenbrenner (vgl. Kapitel 4.2) angelegt ist. Die hohe Bedeutung der (sozialen) Umwelt für die gesunde Entwicklung eines Menschen wird durch den engen Zusammenhang von Morbidität bzw. Mortalität und sozialer Herkunft gestützt (vgl. Kapitel 5 und 7.5).

Auch Vogt betont, dass die individuelle Gesundheit nicht allein durch subjektives Handeln bestimmt werde, sondern sich zudem aus dem Zusammenspiel von

- biopsychischen Anlagen und biographischen Erfahrungen,
- dem Sozialgefüge der Gesellschaft und dem Platz des Individuums in diesem Sozialgefüge und
- den Umweltbedingungen konstituiere.³³

Mit derartigen Wechselwirkungen setzt sich die Sozialepidemiologie auseinander, welche die sozialen Bedingungen untersucht, die zum Entstehen von Krankheiten beitragen, bzw. deren Bewältigung im Wege stehen, aber auch solche Faktoren ermittelt, die das Entstehen von Krankheiten verhindern können.³⁴ Gesundheit und Krankheit lassen sich dabei u.a. auf das psychosoziale Erleben und Bewältigen (bzw. Nicht-Erleben und Nicht-Bewältigen) von Stress zurückführen. Stress lässt sich nach Lazarus als einen interaktiven Vorgang zwischen Situation und Person beschreiben, der den von Außen kommenden Reiz wie auch die Reaktion des Individuums einschließt. Wichtiger noch als die objektive Bedrohung, die von einem Reiz ausgeht,

³⁰ vgl. www.who.int/classifications/icd/en/ (08.10.10). In den USA wird mit dem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) ein national eigenständiges System herausgegeben.

³¹ Hurrelmann: Sozialisation und Gesundheit, S.16.

³² Lebensbedingungen werden im Weiteren im Anschluss an Hradil als „[...] *äußere Voraussetzungen alltäglichen Handelns verstanden, die unabhängig von der Wahrnehmung oder der Interpretation der einzelnen bestehen und Wirkungen haben.*“ (Hradil: Soziale Ungleichheit in Deutschland, S. 147).

³³ vgl. Vogt: Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften: In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 156.

³⁴ vgl. Hurrelmann: Sozialisation und Gesundheit, S. 49.

sind die subjektiven Bewertungsprozesse, die im Wesentlichen an der Entstehung einer Stressreaktion beteiligt sind. In die Bewertungsprozesse fließt ein, über welche Ressourcen die Person zur Stressbewältigung zu verfügen glaubt, welche Coping-Strategien sie bislang in vergleichbaren Situationen eingesetzt hat und über welche biografischen Erfahrungen im Umgang mit Stress sie verfügt.³⁵

An die Ergebnisse der Stressforschung anknüpfend, bezeichnete Badura (1993) Gesundheit als „[...] *Kompetenz oder Befähigung zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild, ein positives seelisches und somatisches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird.*“³⁶ Gesundheit ist somit nicht nur als eine abhängige Variable zu verstehen, sondern kann aus diesem Blickwinkel heraus zugleich wiederum selbst als eine unabhängige Variable angesehen werden. Der Aufbau von so genannten Widerstandsressourcen wird nach dieser Definition zu einer zentralen Aufgabe der Gesundheitsförderung.

Aus einer struktur-funktionalen Perspektive heraus definiert Parsons Gesundheit darüber, inwieweit eine Person die ihr in der Gesellschaft zugewiesenen Aufgaben und Rollen ausüben kann. Er löst sich somit von einer auf das Individuum bezogenen Gesundheitskonzeption und stellt Gesundheit in einen funktionalen und gesamtgesellschaftlichen Kontext; sie kann aus dieser Perspektive heraus sogar in erster Linie als eine soziale Konstruktion verstanden werden.³⁷

Faltermaier (2005) fasst in seiner Analyse die folgenden Bestimmungsstücke von Gesundheit zusammen:

- Gesundheit ist ein ganzheitliches Phänomen (körperliche, psychische und soziale Ebene),
- Gesundheit kann positiv wie auch negativ definiert werden; sie kann vorhanden sein und fehlen,
- Gesundheit ist objektiv messbar und subjektiv wahrnehmbar,
- Gesundheit kann als Handlungsfähigkeit und Leistungsfähigkeit eines Menschen beschrieben werden,
- Gesundheit ist eine soziale Konstruktion,
- Gesundheit ist zwar als Zustand beschreibbar, muss aber als dynamisches Gleichgewicht verstanden werden, das Aufrechterhalten dieses Gleichgewichts ist als ein ständiger Prozess zu sehen,
- Gesundheit wird anhand von Normen beurteilt und vermittelt ihrerseits Normen,
- Gesundheit und Krankheit schließen einander nicht aus; eine dichotome Aufteilung ist keine angemessene Betrachtungsweise.³⁸

Dieser letzte Punkt bildet den Kern des weiter unten (vgl. Kapitel 2.3) dargestellten Modells der Salutogenese von Antonovsky (1979/1987). In diesem Modell werden Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome Zustände angesehen, sie sind demnach kein entweder oder, sondern werden als Spektrum verstanden, als „[...] *ein Balancezustand, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer neu hergestellt*

³⁵ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 154.

³⁶ Badura: Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, S. 77.

³⁷ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 34f.

³⁸ vgl. „ebd.“

werden muss. Die sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Lebensbedingungen bilden dabei den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit.³⁹ Diese salutogene Perspektive bietet damit auch einen Ausweg aus der allen anderen Definitionsbemühungen unterliegenden Schwierigkeit, die Grenze zwischen normal und anormal, zwischen gesund und krank letztlich nicht bestimmen zu können.

Einen Konsens des gegenwärtigen Diskussionsstands zur Gesundheits-Definition besteht nach Vogt (2006) darin, Gesundheit als mehrdimensionales Konzept zu beschreiben, in das sowohl das körperliche wie auch das psychische Wohlbefinden einfließen, ebenso wie die Leistungsfähigkeit im Sinne der Bewältigung von (Entwicklungs-)Aufgaben und Rollenerwartungen sowie Selbstverwirklichung und Sinnfindung.⁴⁰

1.3 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Bei den Vorarbeiten zum Projekt wurde zwar keine explizite Definition des zu Grunde liegenden Gesundheitsbegriffs vorgenommen, es ist jedoch anzunehmen, dass jeder Projektpartner über ein für seinen Präventionsbereich zutreffendes, zumindest heuristisches Gesundheitsverständnis verfügte, ohne dass dies in jedem Fall schriftlich ausformuliert war. Für das Gesamtprojekt lässt sich von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ausgehen, der objektive (z.B. bei der Rückengesundheit), subjektive (z.B. bei der Selbstentspannung) und soziale Kategorien (z.B. im Konflikttraining) beinhaltet. Einen Hinweis auf die zu Grunde liegenden Gesundheitsvorstellungen liefern die im Vorfeld ausgewählten Untersuchungsvariablen. Diese legten die Schwerpunkte auf die objektive Gesundheit der Kinder und auf die vorherrschenden gesundheits- und sicherheitsbezogenen Einstellungen im Elternhaus. Die folgenden Dimensionen sollten ursprünglich untersucht werden:

- Gesundheitszustand der Kinder; kinderärztliche Untersuchung → letztlich nicht erfasst;
- Gesundheitsverhalten in der Familie → über die Elternfragebögen erfasst;
- Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung → erfasst;
- Psychomotorische Leistungsfähigkeit der Kinder → über den KTK erfasst;
- Mediennutzung der Kinder → über das Freizeitverhalten der Kinder (Kinder- und Elternbefragung) erfasst;
- Umgang der Kinder mit Geld → keinen Gesundheitsbezug, nicht erfasst;
- Kinderverkehrsunfälle im Einzugsgebiet → über die Unfallstatistiken der Polizei EN erfasst;
- Kinderunfälle vor Schulbeginn → über die Elternbefragungen erfasst;

³⁹ Kolip/Hurrelmann/Schnabel: Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip (Hrsg.): Jugend und Gesundheit, S. 7.

⁴⁰ Vogt: Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften: In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 147.

- Kinderunfälle in der Schule → ebenso wie alle anderen Unfälle über die Elternbefragung erfasst;
- Kindbezogene Kriminalitätsstatistik im Schuleinzugsgebiet → über die Kriminalitätsstatistik der Polizei EN erfasst;
- Gefahren- und Sicherheitsbewusstsein bei LehrerInnen⁴¹, Eltern und Kindern → bei Kindern und Eltern über Kinder- bzw. Elternbefragung erfasst, zu den Lehrern siehe Fußnote 41;
- Präventionsverständnis von LehrerInnen, Eltern und Kindern → für die Kinder im Sinne der Gefahrenvermeidung in der Kinderbefragung erfasst; bei den Eltern zum Teil über die Elternbefragung erfasst;
- Gesundheits- und Sicherheitserziehung im Elternhaus → über die Elternbefragung erfasst;
- Einstellungen zu Gesundheit und Sicherheit bei LehrerInnen, Eltern und Kindern → über die Kinder- bzw. Elternbefragung erfasst.⁴²

Die Fokussierung auf objektive Parameter sowie den vorherrschenden Einstellungen des Elternhauses hing vermutlich auch mit den beteiligten Projektpartnern, etwa Feuerwehr und Polizei, und deren verstärkte Orientierung an konkreten Sicherheitsaspekten (Verkehrssicherheit, Brandschutz) zusammen. Im späteren Projektverlauf wurden weitere Gesundheitsdimensionen berücksichtigt. Neben den objektiven Maßstäben und den Einstellungen der Eltern waren dann auch das subjektive Gesundheitserleben, konkretes Gesundheitsverhalten und psychosoziale Aspekte von Gesundheit enthalten.

Alles in allem enthielt das Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ ein mehrdimensionales Verständnis von Gesundheit. Wenn auch nicht explizit formuliert, so ist dieser Gesundheitsbegriff doch von den eingesetzten Maßnahmen und den angesprochenen Interventionsebenen abzuleiten. Objektive Kriterien, subjektives Wohlbefinden, psychosoziale Aspekte wurden zwar nicht gleichrangig, aber dennoch allesamt zu Projektzielen erklärt. Von den weiteren von Vogt (siehe Kapitel 1.2) erwähnten Aspekten wurden „Rollenerwartung“, „Selbstverwirklichung“ und „Sinnfindung“ nicht thematisiert, während mehrere Maßnahmen, z.B. die Selbstentspannung, das Konflikttraining und die verkehrspädagogischen Maßnahmen, den Kindern Kompetenzen und Ressourcen für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben vermitteln sollten.

⁴¹ Auf Grund der geringen Fallzahl der beteiligten Lehrkräfte wurde auf eine Befragung verzichtet.

⁴² Konzeption zur „Evaluation des Projektes `Gesundheit und Sicherheit für Kinder in der Primarstufe´. Forschungsplan Limbourg vom 29.05.2002 für die 2. Projektsitzung am 06.06.2002.

2 Modelle von Gesundheit und Gesundheitsstörungen

Mit den verschiedenen Definitionen von Gesundheit geht jeweils ein eigenes Verständnis von Krankheit und der Entstehung von Gesundheitsstörungen einher. Dabei lassen sich prinzipiell drei verschiedene Modelle zur Beschreibung von Gesundheitsstörungen unterscheiden.⁴³ Die verschiedenen Annahmen und Modelle von Gesundheit und Gesundheitsstörungen beeinflussen maßgeblich, welche Ansätze in Prävention und Therapie zur Verbesserung des Gesundheitszustands vertreten werden. Die verschiedenen Konzepte werden in Kapitel 7 dargestellt.

2.1 Das biomedizinische Modell

Das klassische biomedizinische Modell hat seinen historischen Ursprung am Ende des 18. Jahrhunderts bzw. am Beginn des 19. Jahrhunderts. Es entsteht in dieser Zeit als Folge der naturwissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse über die Entstehung von Krankheiten, wie sie etwa Robert Koch - dem Entdecker des Tuberkuloseerregers (1882) - zu verdanken sind. Dass mikrobiologische Erreger als Ursachen für weit verbreitete Krankheiten identifiziert werden konnten, prägte die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bis heute. Bis in die Gegenwart hinein dominiert es das Denken darüber, wie Gesundheitsstörungen entstehen und vor allem, wie sie zu behandeln sind.

Das klassische biomedizinische Modell lässt sich wie folgt charakterisieren: Ihm liegt prinzipiell eine monokausale Vorstellung zu Grunde, demnach jede Krankheit genau eine (organische) Ursache hat, die - entsprechende medizinische Kenntnisse vorausgesetzt - anhand ihrer Symptome exakt diagnostiziert und in ihrem Verlauf vorhergesagt werden kann. Die Aufgabe des Gesundheitswesens in diesem Modell von Gesundheit und Krankheit ist es, die jeweiligen Krankheitserreger zu bekämpfen, sei es präventiv, was in diesem Modell in Form von Impfungen, bzw. gerade auch historisch durch Einhaltung entsprechender hygienischer Verhaltensweisen zu geschehen habe, oder sei es kurativ, durch die Verabreichung wirksamer medizinischer Präparate.

Krankheiten werden in diesem Modell als Abweichungen von der Norm angesehen. Das Gegenmodell zum kranken Menschen ist in diesem Modell immer der Gesunde, der Nicht-Infizierte. Insofern Krankheiten durch Krankheitserreger hervorgerufen werden, die einen menschlichen Organismus befallen haben, ist die Bedeutung des Erkrankten im Heilungsprozess geringer als die des Krankheitserregers. Es wird davon ausgegangen, dass das subjektive Befinden, die wahrgenommenen Symptome und die objektive Diagnose miteinander übereinstimmen.⁴⁴ Der Kranke ist in diesem Modell lediglich als Objekt und nicht als Subjekt von Bedeutung.

„Der kranke Mensch ist dabei nur die Instanz eines pathogenen Prozesses: Er ist der (passive) Träger einer Krankheit und wird in der Folge zum Objekt einer

⁴³ Eine ausführliche Darstellung der drei Modelle findet sich u.a. bei Faltermaier (1994), Faltermaier (2005) und Schnabel (2007).

⁴⁴ vgl. Myrtek: Gesunde Kranke – kranke Gesunde, S. 16f.

Behandlung. Seine Psyche wird vom körperlichen Geschehen abgetrennt, da sie für das eigentliche Krankheitsgeschehen ohne Bedeutung sei, womit der kranke Mensch auch als Subjekt ausgegrenzt wird. Auf diese Weise reproduziert die Medizin die klassische, auf Descartes zurückgehende Trennung von Leib und Seele. Der Körper als Organismus wird in der naturwissenschaftlichen Medizin in Analogie zu einer Maschine betrachtet, die gesetzmäßig funktioniert.“⁴⁵

Eine Erkrankung wird, von dieser mechanistischen Sicht auf den menschlichen Organismus ausgehend, als eine Funktionsstörung verstanden. Die Funktion der Medizin in diesem Modell ist die eines Reparatursystems. Die Gesundheitsförderung im biomedizinischen Modell lässt sich weitgehend mit Krankheitsprävention gleichsetzen. In Abgrenzung zu dem unten dargestellten Modell der Salutogenese wird das klassische biomedizinische Modell wegen seiner starken Fokussierung auf die Ursachen von Erkrankungen daher auch als Pathogenese bezeichnet.⁴⁶

Die Kritik an dem klassischen biomedizinischen Modell soll nicht die Verdienste schmälern, die auf Grundlage seiner Erkenntnisgewinne erreicht werden konnten. Dass heutzutage die lebensbedrohenden Infektionskrankheiten in den westlichen Industrienationen als nahezu „ausgerottet“ gelten,⁴⁷ ist nicht zuletzt dem biomedizinischen Modell und seinen Einflüssen auf Hygiene, Impfschutz und Medikamentenentwicklung (v.a. Antibiotika) zu verdanken. Gerade aber, weil diese historischen Krankheiten gegenwärtig kaum noch relevant sind und stattdessen eine „neue Morbidität“⁴⁸ (chronische Erkrankungen, psychosomatische Krankheiten, psychische Störungen) zu beobachten ist, deren Ursachen in veränderten Lebens- und Umweltgewohnheiten vermutet werden, erscheint das biomedizinische Modell als nicht mehr zeitgemäß, um diese Erkrankungen plausibel erklären und überwinden zu können.

Die Kritik am biomedizinischen Krankheitsmodell ist nicht neu. Bereits Ende der 1970er Jahre wurde es durch den Sozialmediziner Engel⁴⁹ zu einem biopsychosozialen Modell modifiziert. Er erweiterte den klassischen Ansatz um somatische und psychosoziale Komponenten, deren Bedeutung bei der Krankheitsentstehung durch sozialwissenschaftliche, psychologische und psychosomatische Forschungsbefunde nachgewiesen werden konnte.⁵⁰ „Bereits die Wahrnehmung von Symptomen, das Schmerzerleben, die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, das Befolgen von ärztlichen Anordnungen, um nur einige

⁴⁵ Faltermaier: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, S. 21.

⁴⁶ vgl. Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 74ff.

⁴⁷ Noch zu Beginn des 20. Jhd. waren Infektionskrankheiten die häufigste Todesursache im Kindesalter, wobei in jener Zeit etwa 160/1000 Lebendgeborene an einer Infektionskrankheit im ersten Lebensjahr starben. Um das Jahr 2000 war nur noch 1% der Todesfälle im ersten Lebensjahr auf Infektionskrankheiten zurückzuführen. Vgl. RKI (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 106.

⁴⁸ vgl. Ravens-Sieberger/Wille/Bettge/Erhart: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 871.

⁴⁹ Engel: Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung für die Biomedizin. In: Keupp (Hrsg.): Normalität und Abweichung. München: Urban & Schwarzenberg 1979, S. 63-85.

⁵⁰ vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann: Was erhält Menschen gesund?, S. 17.

wenige Beispiele zu nennen, werden entscheidend von psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst.“⁵¹

Wesentliche Impulse kamen aus der Stressforschung, die in den 1950er Jahren von Hans Selye⁵² begründet wurde. Selye entdeckte (im Tierversuch), dass äußere Reize zu objektiv messbaren Veränderung (in erster Linie über die Hormonausschüttung) im Organismus führen. In den 1970er Jahren wurde dieses physiologische Stressmodell v.a. von Lazarus/Folkman⁵³ zu einem interaktiven („transaktionalen“) Modell zwischen einer Person und der sie umgebenden Umwelt und um das Coping-Konzept (Stressbewältigungs-Strategien) weiterentwickelt. Anders als im Stressmodell von Selye stellt Stress nicht mehr nur eine neuroendokrine Reaktion des Körpers auf einen Außenreiz dar. Vielmehr erhalten bei Lazarus die subjektive Bewertung (*primary appraisal*) des Reizes und der zur Verfügung stehenden Ressourcen (*secondary appraisal*) entscheidende Bedeutung. Erst diese Bewertungen entscheidet darüber, wie belastend eine Situation wahrgenommen wird, welche Bewältigungsstrategien eingesetzt werden und damit letztlich auch darüber, welche krankheitsverursachenden Folgen beim Scheitern der Stressbewältigung drohen.⁵⁴

Eine durch einen Stressor ausgelöste, physiologische Stress-Reaktion muss nicht automatisch eine gesundheitsschädliche Wirkung haben. Erst wenn eine solche neuroendokrine und vegetative Reaktion über einen längeren Zeitraum andauert, kann dies verschiedene Symptome zur Folge haben. Hierzu zählen u.a. koronare Herzerkrankungen, Magen-Darm-Geschwüre, Diabetes mellitus (Typ II), Muskelverspannungen, erhöhtes Schmerzerleben, verringerte (kognitive) Leistungsfähigkeit und eine allgemeine Schwächung des Immunsystems.⁵⁵ Gerade die zuletzt genannten Beeinträchtigungen sind bereits für das Kindes- und Jugendalter relevant. So berichten bereits im Grundschulalter $\frac{3}{4}$ der Kinder von Stresserlebnissen, v.a. im Zusammenhang mit Klassenarbeiten, aber auch bei Konflikten im Elternhaus oder mit Mitschülern. Zahlreiche Grundschulkinder leiden unter physischen und psychischen Stresssymptomen, wie Kopf- und Bauchschmerzen (Wochenprävalenz jeweils bei ca. 40%), Schwindel, Schlafstörungen, Übelkeit und Appetitlosigkeit.⁵⁶ Weiterhin kann von möglichen, unangemessenen Bewältigungsstrategien (im Essverhalten, durch Suchtmittelkonsum, in Form von aggressivem oder deviantem Verhalten) ebenfalls eine gesundheitsschädigende Wirkung ausgehen. Bei der Stressbewältigung lassen sich generell zwei verschiedene Coping-Strategien unterscheiden:

„Beim problembezogenen Coping handelt die Person in einer Weise, die direkt zu einer Beseitigung oder Minderung des Problems führen kann, indem eine instrumentelle Tätigkeit ausgeführt wird (z.B. sich auf eine Prüfung vorbereiten). Damit ist aber nicht gemeint, dass diese Handlung auch erfolgreich beendet wird.

⁵¹ „ebd.“

⁵² vgl. Selye: Stress – mein Leben. München: Kindler 1981.

⁵³ vgl. Lazarus/Folkman: Stress, appraisal and coping. New York: Springer 1984.

⁵⁴ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 77.

⁵⁵ vgl. Renneberg/Erken/Kaluza: Stress. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 143f.

⁵⁶ vgl. Lohaus/Klein-Heßling: Stress und Stressbewältigung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 328f.

Im Gegensatz dazu bezeichnet emotionales Coping die Versuche, die Emotionen zu regulieren, was durch Selbstgespräche, Uminterpretation, Beruhigungsmittel usw. erfolgen kann, ohne dass damit wiederum unterstellt wird, dass diese Versuche auch wirklich erfolgreich ausgehen und eine gute Stressanpassung bewirken.“⁵⁷

Die oben aufgeführte Gesundheits-Definition von Badura, in der Gesundheit die Funktion einer Lebensbewältigungskompetenz einnimmt, greift diese systemische Perspektive in gewisser Weise auf. Scheitert die Stressregulation, gerät die betroffene Person aus einem Gleichgewichts- in einen Ungleichgewichtszustand, aus lebensnotwendigem Eu-Stress wird dann gesundheitsschädigender Di-Stress. (Weitere Informationen zu stressbedingten Erkrankungen speziell im Lehrerberuf folgen in Kapitel 3.1).

Das biopsychosoziale Modell greift als Weiterentwicklung des klassisch-biomedizinischen Ansatzes die aus der Psychologie und aus der Soziologie kommenden Erkenntnisse auf und räumt ihnen bei der Ätiologie einen größeren Stellenwert ein. Allerdings, so Faltermaier, ist auch in diesem modernisierten Modell weiterhin eine auf der Pathogenese basierende Denkweise dominierend; noch heute werden psychosoziale und umweltbedingte Einflüsse - so sein Vorwurf -, trotz aller Belege für ihre Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Menschen, nicht im angemessenen Umfang zur Kenntnis genommen.⁵⁸

2.2 Das Risikofaktorenmodell (sozialepidemiologischer Ansatz)

Die oben genannte Kritik von Engel (1979) und die Erkenntnisse der Stressforschung fanden ihre Berücksichtigung im Risikofaktorenmodell. Der sozialepidemiologische Ansatz, bzw. das Risikofaktorenmodell, hat seine Ursprünge in den 1950er Jahren und den seinerzeit gewonnenen Erkenntnissen über das Entstehen von koronaren Herzerkrankungen. Herz- und Kreislauferkrankungen zählen zu den chronischen und degenerativen Erkrankungen, die in allen modernen Industriegesellschaften aktuell einen Großteil der Gesundheitsstörungen ausmachen. Ihnen ist gemeinsam, dass, *„[...] wenn die Krankheit einmal voll ausgebrochen ist, eine vollständige Heilung auch mit den Mitteln der modernen Medizin nur selten erreicht werden kann. Sie verlaufen daher oft chronisch und teilweise degenerativ, d.h. sie verschlechtert sich zunehmend und führen zu immer stärkeren Einschränkungen. Von den meisten dieser Krankheiten wissen wir, dass sie zumindest teilweise durch das Verhalten, den Lebensstil und die Lebensbedingungen des modernen Menschen beeinflusst werden.“⁵⁹*

Die wesentliche Weiterentwicklung gegenüber dem biomedizinischen Modell ist die Loslösung von monokausalen Annahmen. Gesundheitsstörungen werden nicht mehr ausschließlich auf einzelne Ursachen zurückgeführt, sondern die mit diesem Ansatz zu erklärenden Krankheiten werden multifaktoriell bestimmt. So können verschiedene Ursachen (z.B. genetische Veranlagung, individuelles Verhalten,

⁵⁷ Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 159.

⁵⁸ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, S. 24.

⁵⁹ Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 12.

Umweltbedingungen) mit einer gewissen (allerdings nicht exakt zu bestimmenden) Wahrscheinlichkeit zu einer Gesundheitsstörung führen, oder besser gesagt, beitragen. Es ist daher auf der einen Seite möglich, dass eine Person trotz ungesündester Lebensweise von gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Verhaltensweisen verschont bleibt; auf der anderen Seite ist es ebenso denkbar, dass eine Person trotz relativ gesunder Gewohnheiten an einer chronischen Krankheit erkrankt.

Findet der Erkrankte im biomedizinischen Modell ausschließlich als Objekt Eingang, so wird er im Risikofaktorenmodell in seiner Subjektivität anerkannt, da er mit seinem Verhalten ebenso zum Entstehen bzw. zum Vermeiden von Krankheiten beitragen kann, wie die ihn umgebenden Rahmenbedingungen. Das Verhalten eines Menschen wird dann als ein Gesundheitsrisiko angesehen, wenn es mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit die Gefährdung an einer bestimmten Krankheit zu erkranken erhöht; es wird somit zu einem Risiko-Verhalten.⁶⁰ Hierzu zählen nicht nur die unmittelbaren Verhaltensweisen, sondern auch emotional-kognitive Verarbeitungsmuster, wie sie bei der Stressbewältigung relevant sind.⁶¹

Das Risikofaktorenmodell basiert auf epidemiologischen Daten. Bei der Erklärung, wie die einzelnen Risikofaktoren wirken, wird nicht nur auf medizinische, sondern auch auf sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zurückgegriffen. Anschaulich werden Vielfalt und Zusammenwirken der Risikofaktoren an dem von dem Sozialmediziner und Epidemiologen Schäfer (1976)⁶² erstellten Modell der Verursachungszusammenhänge für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Er skizziert wie die verschiedenen Risikofaktoren zu einer *Angina Pectoris* führen können: Zu den primären Risikofaktoren (1. Ordnung) zählt Schäfer Übergewicht, Bewegungsmangel und Rauchen, welche wiederum die primären Risikofaktoren (2. Ordnung) nach sich ziehen. Hierzu zählen: Bluthochdruck, Blutfettgehalt, Blutzucker und hohe Blutgerinnung. Diese primären Risikofaktoren der 2. Ordnung sind Verursacher von konkreten organischen Veränderungen an den Herzgefäßen, z.B. von Arteriosklerose und Vasokonstriktion (Gefäßverengung), welche letztlich als primäre Risikofaktoren (3. Ordnung) einen Herzinfarkt zur Folge haben können. Den primären Risikofaktoren gehen die sekundären Risikofaktoren voraus. Hierzu zählen Unzufriedenheit, Ängste, Aggressionen, Sorgen, das Gesundheitsverhalten bzw. generell Stressoren. Biologische und soziale Faktoren fließen somit gleichermaßen in diese sekundären Risikofaktoren ein.

Als wesentliche Risikofaktoren für den Gesundheitszustand im Kindes- und Jugendalter sind die folgenden Merkmale anzusehen (vgl. Tabelle 2.1):

⁶⁰ vgl. „ebd.“, S. 134.

⁶¹ vgl. Lohaus/Domsch/Fridici: Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche, S. 50.

⁶² vgl. Schäfer: Die Hierarchie der Risikofaktoren. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 1/1976, S. 141-146.

Tabelle 2.1: Beispiele für Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter (eigene Zusammenstellung nach: RKI, 2004; KiGGS-Studie)⁶³

Angeborene, genetische Dispositionen	Erbliche Vorbelastungen, Erkrankungen von Vater oder Mutter, Einflüsse während der Schwangerschaft, Geschlecht, hoher Blutdruck
Persönlichkeitseigenschaften	Hohes Risikoverhalten, Impulsivität, Angststörungen, Hyperaktivität, geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung, niedrige Intelligenz
Umweltbedingungen	Problematische Familiensituation, Erziehungsstil im Elternhaus, geringe soziale Unterstützung, niedriger Sozialstatus, niedrige Schulbildung, Migrationshintergrund, negative Einflüsse der Peergroup, toxische Umwelteinflüsse, Gewalterfahrungen
Verhaltensweisen	Ungesunde Ernährungsgewohnheiten, bewegungsarmes Freizeitverhalten, frühzeitiger Substanzmittelkonsum, unzureichende Körperhygiene, fehlende Kompetenzen im Umgang mit Stress

Solche Risikofaktoren können zeitlich stabil (unveränderbar, z.B. Geschlecht) oder variabel (veränderbar, z.B. Einflüsse der Peergroup) sein. Wie oben bereits angedeutet, kann eine beobachtete Gesundheitsstörung so gut wie nie nur einem einzelnen Risikofaktor zugeschrieben werden, vielmehr resultieren gesundheitliche Belastungen zumeist aus kumulierten Problemlagen, die sich aus der Kombination mehrerer Risikofaktoren zusammensetzen.⁶⁴

Wie Schnabel (2007) kritisiert, ist in dem Risikofaktorenmodell trotz der Berücksichtigung von Umwelteinflüssen und Verhaltensweisen nach wie vor eine pathogenetische Denkweise dominierend. *„Dem Risikofaktorenkonzept ‘inhärent’ ist, wie oben bereits angedeutet, die Vorstellung, dass (statistisch) zugeschriebene (attribuierte) Risiken denselben, wenn auch als Einzelursache etwas schwächeren Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von chronischen Krankheiten haben wie Bakterien, Viren und Noxen auf die Entstehung von Infektionskrankheiten.“*⁶⁵

Analog zum biomedizinischen Modell bedeutet Prävention im Risikofaktorenmodell die Aufhebung derjenigen Ursachen, die als Auslöser für eine Erkrankung angesehen werden. Sind im biomedizinischen Modell zumeist mikrobiologische Krankheitserreger für die Krankheitsentstehung verantwortlich, wird im sozialepidemiologischen Ansatz den jeweils identifizierten Risikofaktoren die entsprechende Bedeutung zugewiesen. Prinzipiell gilt es diese Krankheitsauslöser dann genauso zu behandeln wie diejenigen im klassisch-biomedizinischen Modell: an die Stelle der Schutzimpfung tritt die Verhaltensimpfung.

Die Formulierung von Risikofaktoren legt nahe, dass es neben Einflüssen, die sich nachteilig auf den Gesundheitszustand eines Menschen auswirken, ebenso auch Schutzfaktoren geben muss, die die Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit

⁶³ vgl. RKI (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, 2004; Bundesgesundheitsblatt 50: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), 2007.

⁶⁴ vgl. Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann: Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, S. 22f.

⁶⁵ Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 54.

gegen belastende Lebensumstände) gegenüber Krankheiten erhöhen.⁶⁶ Die Erkenntnis, dass es Kinder und Jugendliche gibt, „[...] *die trotz erheblicher seelischer, sozialer oder gesundheitlicher Belastungen Widerstandsfähigkeit beweisen, robust bleiben und positiven Entwicklungstrends in körperlicher und psychosozialer Hinsicht zeigen* [...]“⁶⁷, haben dazu geführt, dass sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten mehr und mehr Studien diesen Schutzfaktoren und ihrer Ressourcenentwicklung gewidmet haben. In Tabelle 2.2 sind die wesentlichen psychosozialen Schutzfaktoren aufgeführt.

Tabelle 2.2: Klassifikation der Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter⁶⁸

personale Schutzfaktoren	familienbezogene Schutzfaktoren	umweltbezogene Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> - körperliche Schutzfaktoren und biologische Korrelate der Resilienz (biologische Korrelate, Temperament, erstgeborenes Kind, weibliches Geschlecht) - kognitive und affektive Schutzfaktoren (positive Wahrnehmung der eigenen Person, positive Lebenseinstellung und Religiosität) - kognitive Fähigkeiten und schulische Leistung - interne Kontrollüberzeugung - Selbstwirksamkeitserwartung - Selbstkontrolle /-regulation - aktive Bewältigungsstrategien - realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung - besondere Begabungen, Ressourcen und Kreativität - interpersonelle Schutzfaktoren und soziale Kompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> - strukturelle Familienmerkmale - Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung (sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern) - autoritative oder positive Erziehung (positives Familienklima und Kohäsion) - positive Geschwisterbeziehungen - Merkmale der Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> - soziale Unterstützung - Erwachsene als Rollenmodelle oder eine gute Beziehung zu einem Erwachsenen - Kontakte zu Gleichaltrigen - Qualität der Bildungsinstitutionen - Einbindung in prosoziale Gruppen

Speziell für das Grundschulalter werden die folgenden Schutzfaktoren als bedeutsam angesehen:

- gutes Auskommen mit Mitschülerinnen und Mitschülern,
- gutes Sprach- und Lesevermögen,
- optimale Nutzung eigener Fähigkeiten,
- viele Interessen sowie Realisieren von vielfältigen Aktivitäten und Hobbys,
- positives Selbstkonzept.⁶⁹

⁶⁶ vgl. Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann: Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, S. 19ff.

⁶⁷ Jerusalem: Theoretische Konzeption der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Lohaus (u.a.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S.33.

⁶⁸ vgl. Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann: Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, S. 49.

⁶⁹ vgl. „ebd.“, S. 114.

Wie Bengel (u.a.) betonen, ist Resilienz keine stabile und überdauernde Persönlichkeitseigenschaft. Resilienz muss vielmehr als Produkt im Prozess der Mensch-Umwelt-Interaktion angesehen werden, die von den einzelnen Subjekten immer wieder neu gestaltet werden muss. Dies gilt ebenso für die einzelnen Schutzfaktoren - auch diese entfalten ihre Wirkung immer nur in einem bestimmten Kontext. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive gewinnen und verlieren Schutzfaktoren in den verschiedenen Entwicklungsphasen an Bedeutung. Ein Schutzfaktor, der im Kindesalter bedeutsam ist, etwa gute schulische Leistungen, kann im Jugendalter seine schützende Wirkung nicht erfüllen, weil er für die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben (und der mit ihnen einhergehenden Belastungen) nur wenig Unterstützung bietet. Es ist sogar möglich, dass Schutzfaktoren zu Risikofaktoren werden und umgekehrt.⁷⁰ So ist es etwa denkbar, dass gute Schulleistungen zunächst das Selbstwertgefühl eines Schülers erhöhen, solange bis es von den Mitschülern als ein „Streber“ stigmatisiert und sozial ausgegrenzt wird, womit sich ein ursprünglicher Schutzfaktor zu einem gesundheitsschädlichen Stressor verändert.

Weiterhin ist anzumerken, dass der Forschungsstand zu den Schutzfaktoren lückenhaft ist, was nicht zuletzt auch daran liegt, dass ihre Operationalisierung in wissenschaftlichen Studien auf Grund theoretischer Defizite erschwert ist. Daher ist noch nicht endgültig geklärt, was Schutzfaktoren als solche auszeichnet: So sollen Schutzfaktoren erstens mehr sein als nur eine positive Umformulierung von Risikofaktoren, sind Schutzfaktoren zweitens weder mit Persönlichkeitseigenschaften noch mit Kompetenzen identisch und sollen drittens bereits vor Auftauchen eines Risikofaktors vorliegen und nicht erst aus seiner Bewältigung heraus entstehen.⁷¹

Ähnlich wie für die Risikofaktoren gilt, „[...] dass einzelne Schutzfaktoren nicht isoliert voneinander betrachtet werden dürfen, da sie nicht unabhängig voneinander wirken und sich gegenseitig beeinflussen können.“⁷² Die Klärung der Frage, welche Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Schutzfaktoren (aber auch zu den Risikofaktoren) bestehen, dürfte für die Zukunft eine der wesentlichen Forschungsaufgaben der Gesundheitswissenschaften sein.

Mit der Frage nach den Schutzfaktoren, also jenen Variablen, die Menschen befähigen, auch unter widrigen Umständen ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen, vollzieht sich der Übergang von der Pathogenese zur Salutogenese.

2.3 Das Salutogenese-Modell

Das Modell der Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky (1923-1994) in seinen beiden Hauptwerken „*Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*“ (1979) und „*Unraveling the mystery of health*“ (1987) formuliert. In Deutschland sind die Arbeiten von Antonovsky erst nach seinem Tode erschienen. Ausgangspunkt für Antonovskys Überlegungen waren Studien zur Lebensgeschichte

⁷⁰ vgl. „ebd.“, S. 21; 48; 160.

⁷¹ vgl. „ebd.“ S. 23.

⁷² „ebd.“, S. 159.

von Holocaust-Überlebenden (Frauen mit verschiedenen ethnischen Hintergründen). In seinen Arbeiten kam er zu dem Ergebnis, dass zahlreiche in Konzentrationslagern-Inhaftierte (etwa 30% seiner Stichprobe) trotz ihrer traumatischen Erfahrungen, körperlich und psychisch gesund geblieben waren. Dieses Erkenntnis war für Antonovsky der Anlass, nach den Ressourcen für diese gesundheitserhaltende Wirkung zu forschen. Wie es dem Menschen gelingt, die vielfachen Anforderungen und Belastungen des täglichen Lebens zu meistern, ist die zentrale Frage in Antonovskys Arbeiten. Das Modell der Salutogenese stellt das Ergebnis seiner Forschung dar.⁷³

Wie bereits unter 1.2 erwähnt, geht das Modell der Salutogenese von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus, das heißt, es geht nicht um Gesundheit als einen absoluten Zustand, sondern jeder Mensch ist nach dem Verständnis der Salutogenese mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank.⁷⁴ Antonovsky ging der Frage nach, welche Risikofaktoren sich belastend, und welche Widerstandsfaktoren sich stabilisierend auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auswirken. Er blendet demnach keinesfalls die Wirk-Möglichkeiten von sozialepidemiologischen Risikofaktoren aus, weist ihnen jedoch in seinem Modell einen anderen Stellenwert zu: Entscheidend ist zum einen, ob einem Risikofaktor von einer Person die Bedeutung eines Stressors beigemessen wird (subjektive Bewertung), und zum anderen, ob diese Person über Widerstandsressourcen verfügt, die sie in die Lage versetzen, das durch den Stressor ausgelöste Ungleichgewicht wieder auszugleichen.⁷⁵

Der ganzheitliche Ansatz wird hierbei deutlich: Sozialepidemiologische Risikofaktoren, die subjektiven Bewertungen seitens des Individuums und mögliche Schutzfaktoren (z.B. aus dem sozialen Umfeld, aber etwa auch aus der religiösen Überzeugung eines Menschen) werden gleichermaßen berücksichtigt, um gesundheitsbezogene Veränderungen zu erklären. Auch die biografischen Erfahrungen eines Menschen werden bei der Erklärung herangezogen (vgl. Abbildung 2.1).

⁷³ Bengel/Strittmatter/Willmann: Was erhält Menschen gesund?, S. 20.

⁷⁴ „ebd.“, S. 24.

⁷⁵ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, S. 48.

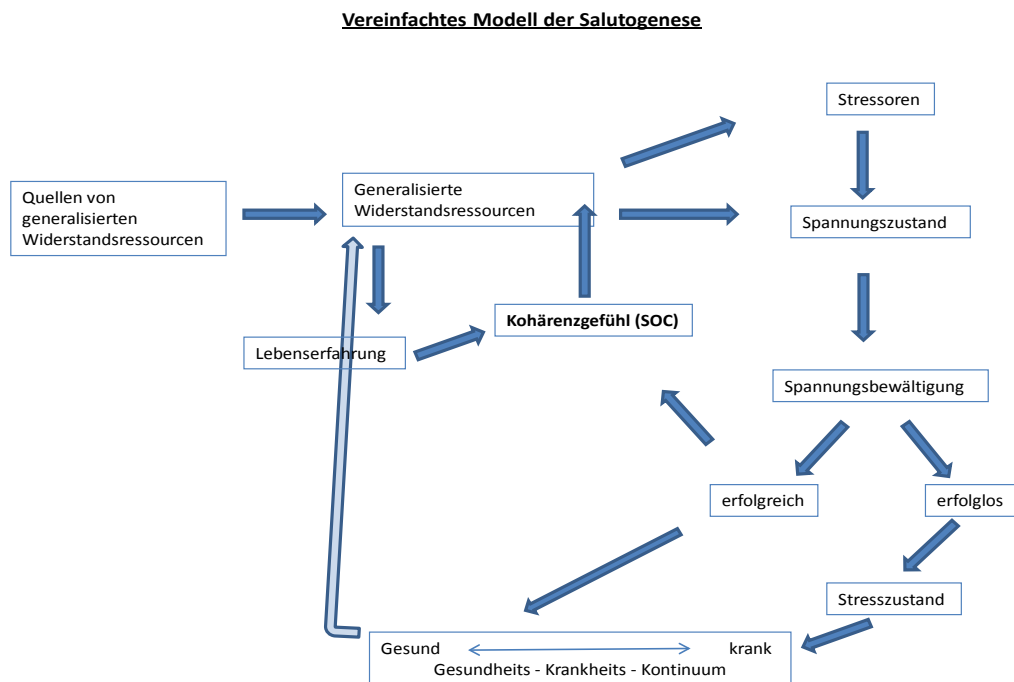


Abbildung 2.1: Vereinfachtes Modell der Salutogenese nach: Bengel u.a. (2002)⁷⁶.

Das abgebildete, vereinfachte Modell der Salutogenese, wie es Bengel u.a. (2002) skizzieren, nimmt die generalisierten Widerstandsressourcen zum Ausgangspunkt (links oben). Zu ihnen zählt Antonovsky alle Faktoren, die positiv mit dem Gesundheitszustand korrelieren, etwa eine hohe Intelligenz, finanzielle Mittel oder eine gute soziale Unterstützung. Die generalisierten Widerstandsressourcen werden moderiert durch die bisherige Lebenserfahrung und durch das Kohärenzgefühl, welches weiter unten im Text noch ausführlich dargestellt wird. Das Kohärenzgefühl bestimmt, inwieweit die Widerstandsressourcen abgerufen werden können, um durch Stressoren (rechts oben) hervorgerufene Spannungszustände bewältigen zu können. Die Widerstandsressourcen lassen sich somit weitgehend in Schutzfaktoren übersetzen, die Stressoren mit Risikofaktoren gleichsetzen. Die Spannungsbewältigung kann entweder erfolgreich oder erfolglos verlaufen (rechts unten); je nach Verlauf verschiebt sich dann der Gesundheitszustand auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum mehr in Richtung *gesund* oder mehr in Richtung *krank*.

In diesem Modell sind mehrere Rückkopplungsprozesse wirksam: Der erste Rückkopplungsprozess findet zwischen den Widerstandsressourcen und dem Kohärenzgefühl statt. Je mehr Widerstandsressourcen vorhanden sind, desto höher ist das Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl beeinflusst wiederum die Wirksamkeit der Widerstandsressourcen. Letztlich ist das Kohärenzgefühl sogar selbst als die wichtigste Widerstandsressource anzusehen. Der zweite Rückkopplungsprozess vollzieht sich zwischen der Spannungsbewältigung und dem Kohärenzgefühl. Je

⁷⁶ Bengel/Strittmatter/Willmann: Was erhält Menschen gesund?, S. 36.

erfolgreicher die Spannungsbewältigung, desto höher das Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl trägt seinerseits dazu bei, ob und inwieweit die Spannungsbewältigung erfolgreich verläuft. Der dritte Rückkopplungsprozess schließt den gesamten Kreislauf ein. Ein guter Gesundheitszustand stellt wiederum eine wertvolle Widerstandsressource dar, während sich ein ungünstiger Gesundheitszustand negativ auf zukünftige Bewältigungsprozesse auswirkt.⁷⁷

Antonovsky begreift Gesundheit „[...] *nicht als alleiniges Folgeprodukt einer lediglich vom Einzelnen verantworteten Lebensführung, sondern als Leistung, die tagtäglich, und zwar in der natürlichen und künstlichen (sozialen) Umwelt erbracht werden muss; in einer Umwelt, welche nicht auf die Erhaltung, sondern eher auf die Gefährdung von Gesundheit hin organisiert ist.*“⁷⁸

Zentrales Element in diesem ständigen Prozess ist, wie aus Abbildung 2.1 deutlich wird, der Kohärenzsinn/das Kohärenzgefühl (sense of coherence). Das Kohärenzgefühl lässt sich als eine Grundhaltung, als eine Weltanschauung, als eine generelle Einstellung dem Leben gegenüber, begreifen.⁷⁹ Das Gesamtkonstrukt des Kohärenzgefühls ist aus drei Komponenten aufgebaut:

- dem Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility),
- dem Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability),
- dem Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness).⁸⁰

Das Gefühl von Verstehbarkeit stellt ein kognitives Verarbeitungsmuster dar, es beinhaltet, inwieweit ein Mensch seine Lebenswelt als rational, verständlich und bedeutungsvoll erlebt. Bezogen auf Piagets Mechanismen von „*Assimilation*“ und „*Akkommodation*“ (vgl. Kapitel 4.3.2) lässt sich diese Komponente auch als Assimilations-Fähigkeit übersetzen. Eine Gemeinsamkeit mit Piaget besteht auch darin, dass nach Piaget - ebenso wie nach Antonovsky - der Mensch einen Gleichgewichtszustand anstrebt und Ungleichgewichtszustände in beiden Ansätzen Entwicklungspotenziale, aber auch Risiken, bergen. Ein Kind, das seine Umwelt als rational und erklärbar erlebt, das also die Mehrheit der Erfahrungen, die es macht, in sein Weltbild integrieren (assimilieren) kann, bleibt gesünder als ein anderes Kind, das stets mit für es irrationalen, d.h. nicht vorhersehbaren, mit dem eigenen Weltbild nicht erklärbaren Situationen konfrontiert wird. Dieses zweite Kind, das zur ständigen Akkommodation gezwungen ist, verliert das Vertrauen in die Vorhersehbarkeit seiner Umwelt. Zudem erleichtert ein hohes Gefühl der Verstehbarkeit die Analyse eines Problems und begünstigt so einen rationalen Umgang.⁸¹

Das Gefühl der Bewältigbarkeit beschreibt, inwieweit ein Mensch glaubt, über die Ressourcen zu verfügen, die nötig sind, um die an ihn gestellten Aufgaben bewältigen zu können. Diese Komponente lässt sich in die generalisierten Denkstrukturen *Selbstwirksamkeit* oder *Kontrollüberzeugung* übersetzen (vgl. Kapitel 6.1.2).

⁷⁷ "ebd."

⁷⁸ Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S.82.

⁷⁹ vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann: Was erhält Menschen gesund?, S. 28

⁸⁰ "ebd."

⁸¹ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 167.

Das Gefühl der Sinnhaftigkeit verdeutlicht am besten, wie eng das Kohärenzgefühl mit der Weltanschauung jedes einzelnen Menschen verbunden ist. Gemeint ist die Vorstellung, dass die eigene Existenz einen Sinn hat, bzw. wie es in Gesprächen mit Hochbetagten nicht selten zum Ausdruck kommt, dass das Leben, wie man es geführt hat, einen Sinn ergab, sodass man sich in vielen Situationen wieder genauso entscheiden würde, wie man es seinerzeit getan hat. Bedeutsamkeit meint, dass die „Belohnungen“, die für die Bewältigung der an das Subjekt gestellten Aufgaben zu erwarten sind, als wertvoll angesehen werden.⁸²

Theoretisch-konzeptionell nimmt das Kohärenzgefühl auf verschiedene Weise auf den Gesundheitszustand Einfluss: So führt etwa der „sense of comprehensibility“ dazu, dass Stressoren weniger als Belastungen, sondern vielmehr als Herausforderungen interpretiert werden, wodurch das Subjekt von vornherein weniger gesundheitsschädigenden Di-Stress erfährt, zumal es - da es sich für kompetent bei der Bewältigung von Herausforderungen einschätzt („sense of manageability“) - zu einer aktiven, bewältigenden Auseinandersetzung mit den Stressoren neigt.⁸³ Das Fehlen einer sinnhaften Ordnung („sense of meaningfulness“) kann zur „Demoralisierung“ einer Person führen, „[...] *ein Muster, das durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückte Grundstimmung geprägt ist.*“⁸⁴ In Tabelle 2.3 sind zur Veranschaulichung Beispiele genannt, wie die Komponenten des Kohärenzgefühls wirken können.

⁸² vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, S. 52.

⁸³ „ebd.“

⁸⁴ Dür: Gesundheitsförderung in der Schule, S. 131.

Tabelle 2.3: Beispiele für die Wirkung des Kohärenzgefühls (eigene Zusammenstellung)

Komponente des Kohärenzgefühls	Beispiel Examensprüfung	Beispiel Tod eines nahestehenden Menschen
Hohes Gefühl von Verstehbarkeit	Es kommen nur die Sachen dran, die wir auch im Studium gelernt haben.	Der Tod gehört zum Leben dazu. Ich bin mir sicher, er ist jetzt an einem besseren Ort.
Niedriges Gefühl von Verstehbarkeit	<i>Die Prüfung hat nichts mit dem zu tun, was wir im Studium gemacht haben.</i>	<i>Ich werde nie verstehen, warum ausgerechnet er Krebs bekommen musste, er war so ein guter Mensch.</i>
Hohes Gefühl von Bewältigbarkeit	Es liegt nur an mir, wenn ich regelmäßig lerne, werde ich die Prüfung bestehen.	Es ist eine schwere Zeit, aber es gibt viele Menschen, die mich unterstützen. Ich werde darüber hinwegkommen.
Niedriges Gefühl von Bewältigbarkeit	<i>Der Dozent mag mich nicht, egal wie viel ich lerne, ich werde keine gute Note bekommen.</i>	<i>Er hat mir immer Halt gegeben, ich weiß nicht, wie ich das nun alles schaffen soll.</i>
Hohes Gefühl von Bedeutsamkeit	Die ganze Mühe lohnt sich. Nach dem Abschluss kann ich an der Schule arbeiten – und das war immer mein Traumberuf.	Meine Kinder, Enkelkinder sind es wert, dass ich mich um sie kümmere, es gibt immer noch so viele schöne Momente auf der Welt.
Niedriges Gefühl von Bedeutsamkeit	<i>Ich weiß nicht einmal, ob ich wirklich Lehrer werden will, ich hab das nur studiert, weil mir nichts Besseres eingefallen ist.</i>	<i>Wenn man so ganz allein zurückbleibt, dann stellt man sich schon die Frage, was das Leben noch wert ist.</i>

Die Gegenüberstellung der fiktiven Aussagen sollen nochmals verdeutlichen, dass das Kohärenzgefühl im Sinne einer Weltanschauung wirkt, vor deren Hintergrund verschiedene Ereignis grundlegend interpretiert werden. Das Kohärenzgefühl steht daher auch in engem Zusammenhang mit den Bewertungsprozessen (*appraisals*) im transaktionalen Stressmodell von Lazarus/Folkman (vgl. Kapitel 2.1).

Empirisch konnte anhand einer Sense-of-Coherence-Skala (SOC-Skala) die Bedeutung des Kohärenzgefühls für die psychische Gesundheit nachgewiesen werden, wobei besonders hohe Korrelationen zwischen der SOC-Skala und den Variablen Depressivität und Ängstlichkeit gemessen wurden. Die Zusammenhänge zwischen SOC-Skala und körperlicher Gesundheit waren wesentlich niedriger, sodass der von Antonovsky formulierte Zusammenhang empirisch bislang noch nicht bestätigt werden konnte.⁸⁵

Einen Schwachpunkt in Antonovskys Modell der Salutogenese sieht Faltermaier (2005) darin, dass das aktive Gesundheitsverhalten eines Menschen (vgl. Kapitel 6) kaum zu integrieren sei. Im Modell der Salutogenese reagiere ein Mensch nur auf äußere Stressoren, eine bewusste Entscheidung für ein gesundheitsförderliches Verhalten - unabhängig von jeder äußeren Beeinflussung des Systems - sei nicht vorgesehen. Die von Antonovsky ebenfalls weitgehend unberücksichtigten sozialstrukturellen Rahmenbedingungen sieht er dagegen als für in das Modell integrierbar

⁸⁵ vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann: Was erhält Menschen gesund?, S. 46.

an. Diese wären etwa auf Seiten der Widerstandsressourcen oder bei den potenziellen Stressoren einzubringen.⁸⁶

2.4 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Die drei vorgestellten Gesundheits-Krankheits-Modelle gehen mit jeweils unterschiedlichen Konsequenzen für Gesundheitsfördermaßnahmen einher. Diese verschiedenen Zugänge werden in Kapitel 7 ausführlich diskutiert. Auch wenn man nicht der radikalen These eines Paradigmenwechsels von der Pathogenese zur Salutogenese (siehe hierzu etwa Faltermaier (2005)⁸⁷) folgen möchte,⁸⁸ so setzt das Modell der Salutogenese doch einen Schwerpunkt, der meines Erachtens gerade für die Gesundheitsförderung in der Grundschule gut geeignet erscheint. In diesem Kapitel soll die Frage beantwortet werden, wie sich salutogene Vorstellungen im Unterricht der Grundschule realisieren lassen, und in welchem Umfang dies im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ umgesetzt wurde.

Da sich das Kohärenzgefühl in der Kindheit entwickelt,⁸⁹ stellt das Grundschulalter für seine Genese eine wichtige Entwicklungsphase dar, in der das Kind Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Vertrauen in anderen Menschen (Erwachsene wie auch Peers) gewinnt. Beide Überzeugungen werden von den Erfahrungen geprägt, die das Kind in seiner unmittelbaren sozialen Umwelt - in der Grundschule wäre das vor allem anderen der Klassenverband - erwirbt. Die Qualität dieser Erfahrungen im Klassenverband ist wiederum von mehreren Faktoren abhängig. Hierzu zählen in erster Linie das Klassenklima und das Schüler-Lehrer-Verhältnis.⁹⁰

Die Entwicklung des Kohärenzgefühls lässt sich demnach allenfalls am Rande über Projekte unterstützen, sie ist vielmehr eine permanente Aufgabe der Schullebengestaltung. Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls lassen sich nach Paulus (2006)⁹¹ durch die folgenden Maßnahmen fördern (*kursiv eigene Ergänzungen*):

- Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility):
 - Regeln und Rituale gemeinsam mit den Schülern entwickeln und überprüfen;
 - Transparenz über Inhalte, Methoden und Ziele des Unterrichts geben;

⁸⁶ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 170f.

⁸⁷ „ebd.“, S.44f.

⁸⁸ Bengel/Strittmatter/Willmann kommen zu dem Ergebnis, dass nicht von einem Paradigmenwechsel gesprochen werden kann, da die Reflektionen über die Grenzen des biomedizinischen Modells und mögliche Konsequenzen bereits mit dem Risikofaktorenmodell eingesetzt haben. Das Modell der Salutogenese wird von den Autoren daher nur als „Ergänzung“ zum Risikofaktorenmodell angesehen und als Hinweis darauf, „[...] sich nicht einseitig und ausschließlich auf die Risikofaktoren zu konzentrieren.“ Bengel/Strittmatter/Willmann: Was erhält Menschen gesund?, S.98.

⁸⁹ „ebd.“, S. 31.

⁹⁰ Weitere wichtige Faktoren finden sich bei Paulus: Psychische Gesundheit – Rückgrat für die Seele. In: Fritz/Klupsch-Sahlmann/Ricken (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule, S. 140.

⁹¹ „ebd.“, S. 145f.

- wechselnde Unterrichtsmethoden und sicherstellen, dass die Schüler sich daran anpassen können;
 - den Schülern ein Lernen mit allen Sinnen ermöglichen;
 - die Lebenswelt der Kinder im Unterricht berücksichtigen;
 - das Denken und Handeln in Zusammenhängen ermöglichen;
 - *Irrationalitäten vermeiden (Authentizität im Lehrerverhalten);*
 - *Widersprüche zwischen Schule und Elternhaus thematisieren und nicht übergehen;*
 - *Konflikte bearbeiten anstatt sie zu verdrängen.*
- Gefühl der Bewältigbarkeit (sense of manageability):
 - Individuelle Lernwege fördern;
 - vielfältige und unterschiedliche Erfahrungen ermöglichen;
 - Balance zwischen Spannung und Entspannung herstellen;
 - die Schüler beim Lernen lernen unterstützen;
 - den Schülern helfen, die eigenen Fehler und Schwächen zu akzeptieren;
 - die Schüler ermutigen, optimistisch zu sein;
 - *Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen;*
 - *Problemlösefähigkeit schulen;*
 - *Konfliktfähigkeit erhöhen;*
 - *als Lehrer Unselbstständigkeits-Unterstützungsmuster vermeiden;*
 - *auch lernschwachen Schülern regelmäßig Lernerfolge vermitteln.*
 - Gefühl der Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)
 - Zum „Signifikanten Lernen“ (nach Rogers) anregen;
 - mehr die Stärken als die Schwächen der Kinder beachten;
 - den Kindern Partizipationsmöglichkeiten einräumen;
 - die Kinder zu selbstbestimmtem Handeln anregen;
 - Gruppenprozesse fördern;
 - die Schüler als Personen mit Selbstwert und Würde behandeln;
 - *das Selbstwertgefühl der Kinder steigern;*
 - *Gesundheit als Wert vermitteln.*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die salutogene Perspektive zu allererst bedeutet, dass Schulen als gesunde Lebensräume zu gestalten sind.⁹² Dies betrifft sowohl die räumlichen Strukturen wie auch die Kommunikationsstrukturen. Ein wertschätzendes Miteinander soll einen Schulalltag prägen, in dem Schulangst reduziert und Geborgenheit, Achtsamkeit und Anerkennung vermittelt werden. Erst innerhalb eines solchen Rahmens lassen sich dann gesundheitserzieherische Inhalte und Projekte glaubwürdig umsetzen. Wie schon erwähnt, lassen sich über kurzzeitige Projekte kaum nachhaltige Verbesserungen im Klassenklima bewirken, dies erfordert vielmehr die regelmäßige Arbeit bei der Ausgestaltung und Aufrechterhaltung einer

⁹² Konkrete Beispiele für die Umsetzung im Unterricht finden sich in BzGA (Hrsg.): Achtsamkeit und Anerkennung. Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in der Grundschule. Köln: BzGA 2002 oder in das umfangreiche Unterrichtsmaterial des Programms „Mindmatters – Mit psychischer Gesundheit gute Schule machen“; verfügbar unter: www.mindmatters-schule.de (05.08.10).

gesunden Schulumwelt. Allerdings können Projekte mit außerschulischen Partnern diese alltägliche Arbeit sinnvoll ergänzen und teilweise neu akzentuieren.⁹³

Im Weiteren soll untersucht werden, inwieweit im Projekt „Gut drauf!“ solche salutogenen Elemente enthalten waren. Zunächst soll noch erwähnt werden, dass alle Unterrichtseinheiten von motivierten, teilweise ehrenamtlich engagierten Personen durchgeführt wurden. Diese freuten sich auf die Arbeit mit den Kindern, sodass von dieser intrinsischen Motivation auf einen wertschätzenden Umgang mit den Kindern geschlossen werden kann. Die Klassenlehrerinnen bestätigten diesen freundlichen Kontakt, wie auch, dass sich die Schüler regelmäßig auf die von den außerschulischen Fachleuten durchgeführten Maßnahmen freuten. In dieser Hinsicht hat das Projekt also durchaus zu einer positiven Entwicklung des Schullebens beigetragen.

Weiterhin soll mit Blick auf die durchgeführten Inhalte (vgl. Tabelle 2.4; siehe auch Kapitel 9.3) nach Anknüpfungspunkten für die Förderung des Kohärenzgefühls geschaut werden. Maßnahmen, in denen am ehesten das Gefühl der Verstehbarkeit gefördert wurde, sind in der Tabelle gelb (im Schwarz-weiß-Druck hell) markiert, Maßnahmen, in denen am ehesten das Gefühl der Bewältigbarkeit unterstützt wurde, sind rot (dunkel) hinterlegt, und solche, die das Gefühl der Bedeutsamkeit vermittelt haben könnten, wurden blau (halbdunkel) unterlegt.

Tabelle 2.4: Durchgeführte Unterrichtseinheiten im Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

	Polizei	AOK	Feuerwehr	AVU	VER
1. Schuljahr	Verkehrserziehung	Schulranzen-TÜV, Ernährung, Elternabend	Grundlagen des Brandschutzes	Wasser	-
2. Schuljahr	Verkehrserziehung, Diebstahlprävention	Kochpraxis und Ernährungswissen (Eltern und Schüler)	Sicherer Umgang mit Zündmitteln	-	Bus-Schule I
3. Schuljahr	Gewaltprävention	Rückenschule ⁹⁴ Kochpraxis und Ernährungswissen (Eltern und Schüler), Elternabend	Wissen über Feuer, Gefahren des Feuers	Strom	-
4. Schuljahr	Gewaltprävention, Sachbeschädigung	Kochpraxis und Ernährungswissen (Eltern und Schüler), Autogenes Training	Vorbeugender Brandschutz, Wiederholung wesentlicher Inhalte	-	Bus-Schule II

⁹³ siehe hierzu auch: Paulus: Gesundheitsförderung im Setting Schule. In: Bundesgesundheitsblatt 45 (2002), S. 970-975.

⁹⁴ Obwohl eine entsprechende Zuordnung möglich wäre, wurden die Maßnahmen zur Kinderrückenschule nicht markiert, da die präventive Rückenschule ein Musterbeispiel für eine Intervention vor dem Hintergrund des Risikofaktoren-Modells darstellt.

Dem Gefühl der Verstehbarkeit wurden die Inhalte der Bus-Schule zugeordnet. Der ÖPNV ist nur dann sicher nutzbar, wenn das zu Grunde liegende System (etwa Aushangfahrpläne, Fahrkartentarife) und entsprechende Verhaltensregeln bekannt sind. Barrieren bei der Nutzung des öffentlichen Verkehrs ergeben sich häufig daraus, dass das System nicht bekannt ist, für Nicht-Nutzer ist es teilweise *eine Welt für sich*, mit der man vertraut sein muss. Diese Kenntnisse wurden in der Bus-Schule vermittelt, daher entsprechen diese Unterrichtseinheiten m.E. den Kriterien des Gefühls der Verstehbarkeit.

Die gleiche Überlegung ist auch bei den verkehrserzieherischen Maßnahmen der Polizei gültig: Auch der Straßenverkehr hat eigene Regeln, die man beherrschen und verstehen muss. In den Einheiten im 1. und 2. Schuljahr wurde ein Schwerpunkt auf Kommunikation im Straßenverkehr gelegt. Da es letztlich aber eher zu einer pragmatischen Umsetzung kam, würde ich diese Unterrichtseinheiten eher dem Gefühl der Bewältigbarkeit zuordnen. Letztlich ging es den zuständigen Verkehrspolizisten um die sichere Teilnahme am Straßenverkehr, also der Bewältigung der damit verbundenen Aufgaben. Gleiches gilt für die Maßnahmen zur Gewalt- und Diebstahlprävention. Die Schüler sollten konkrete Kompetenzen erwerben, wie sie sich in solchen Situation zu verhalten haben, um unbeschadet aus ihnen herauszukommen, bzw. wie sie solche Situationen nach Möglichkeit bereits im Vorfeld meiden können. Ebenfalls im Sinne einer solchen Handlungskompetenz waren die Unterrichtseinheiten der Feuerwehr zur Brandschutzerziehung zu sehen: Feuer und Zündmittel üben auf Kinder in dieser Altersklasse eine starke Anziehungskraft aus. Gefährliche Neugier zu stillen, konkrete Kompetenzen zu vermitteln und den Kindern zu zeigen, wie sie im Notfall alleine einen Notruf absetzen können, lässt sich allesamt mit salutogenen Vorstellungen verbinden. Das Autogene Training erfüllt diese Kriterien in jedem Fall, da der Wechsel von Anspannung und Entspannung, sowie die Kontrolle des eigenen Spannungszustands wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen darstellen, und konkret bei der Stressbewältigung von praktischem Nutzen sind.

Das Gefühl von Bedeutsamkeit schließt eine normative Kategorie ein, ist im weitesten Sinne auch Werteerziehung. Eine gesunde Lebensweise als Eigenwert, dies waren auch Ziele des Schulranzen-TÜVs und v.a. der Ernährungserziehung. Im Rahmen der Umwelterziehung erfüllten die Maßnahmen zum Kreislauf des Wassers und zur umweltfreundlichen, nachhaltigen Stromerzeugung und zum „Stromsparen“ diesen Anspruch.

Diese Zuordnung ist sicherlich in gewisser Hinsicht stark vereinfachend. Zudem wird es dem Modell der Salutogenese kaum gerecht, von einem Unterrichtsgegenstand unmittelbar auf eine Anpassung in der Weltanschauung eines Menschen zu schließen. Die vorgenommene Einteilung deutet daher nur Potenziale an, inwieweit sie entfaltet wurden, kann nicht beurteilt werden. Auch wenn sich die Konzeption der einzelnen Bausteine im Verständnis der Projektpartner vermutlich stärker am Risikofaktorenmodell und nicht am seinerzeit vergleichsweise noch unbekannten Salutogenese-Modell orientierten, so zeigt sich doch, dass das Salutogenese-Modell nicht nur ein gesundheitsphilosophisches, theoretisches Konstrukt ist, sondern seine grundlegenden Komponenten in der gesundheitserzieherischen Praxis wiederentdeckt werden können.

3 Subjektive Theorien von Gesundheit

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit bzw. Krankheit sind das Resultat von Sozialisationserfahrungen und damit von dem jeweils gegebenen gesellschaftlichen Kontext abhängig.⁹⁵ Es ist davon auszugehen, dass in der Bevölkerung westlicher Industriegesellschaften vielfach ein Alltagsverständnis von Gesundheit und Krankheit dominiert, das durch eine „starke Popularisierung von medizinischem Wissen“⁹⁶ beeinflusst ist.

Die Entwicklung des Gesundheitskonzepts hängt zudem mit dem jeweiligen Selbstkonzept des Menschen und dessen Vorstellung von seiner Körperlichkeit zusammen. Generell muss zwischen objektiv gesund bzw. krank *sein* und dem subjektiven sich *gesund* bzw. *krank fühlen* unterschieden werden (vgl. Kapitel 6.2.2). Dabei konnten geschlechtsspezifische Unterschiede nachgewiesen werden: So haben Frauen zwar ein höheres Gesundheitsbewusstsein, hinsichtlich vieler lebensbedrohlicher Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Lungenkrebs, Leberzirrhose, ...) einen besseren objektiven Gesundheitszustand und damit zusammenhängend eine höhere Lebenserwartung als Männer, bringen aber zugleich einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand zum Ausdruck.⁹⁷ Eine solche geschlechtsspezifische Tendenz findet sich schon bei Mädchen ab zwölf Jahren.⁹⁸ Zwar schützen die weiblichen Sexualhormone etwa vor koronaren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, dennoch lassen sich die umfassenden Unterschiede im objektiven Gesundheitszustand zwischen Männern und Frauen über physiologische Merkmale allein nicht erklären. Eine wesentlich größere Bedeutung für die subjektive Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und - davon abgeleitet auch für den objektiven Gesundheitszustand - ist der Wirkung von Geschlechterrollen zuzuschreiben. Diese Wirkung kann direkt, z. B. unterschiedlicher Suchtmittelkonsum von Jungen und Mädchen, oder indirekt ausgeübt werden; dies ist dann der Fall, wenn Jungen und Mädchen im Sozialisationsprozess unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale, unterschiedliche Lösungsmuster zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und verschiedene Kompetenzen bei der Stressregulation ausbilden. Das Geschlechterrollen-Selbstkonzept ist bspw. für die Ausbildung der physiologischen und subjektiven Stressreaktivität nochmals ein bedeutsamerer Prädiktor als das biologische Geschlecht selbst.⁹⁹ Es ist anzunehmen, dass sich diese Erkenntnisse auch auf andere Präventionsbereiche (z.B. das Ernährungsverhalten) übertragen lassen.

Solche Beobachtungen legen die Vermutung nahe, dass subjektive Gesundheitstheorien nicht nur vom individuellen Wissen beeinflusst werden, sondern mindestens ebenso sehr Ausdruck sozialer Repräsentationen sind. Es ist davon auszugehen, „[...] dass Vorstellungen sozial geteilt sind, d.h. weniger Individuumsspezifisch als gruppenspezifisch zu finden sind.“¹⁰⁰

⁹⁵ vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann: Was erhält Menschen gesund?, S. 15.

⁹⁶ Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 220.

⁹⁷ vgl. „ebd.“, S. 280f.

⁹⁸ vgl. RKI: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 54.

⁹⁹ vgl. Sieverding: Gesundheitspsychologie. In: Steins (Hrsg.): Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung, S. 191ff.

¹⁰⁰ Flick: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. In: Flick (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund?, S. 20.

In den Gesundheitswissenschaften stellt der Bereich der subjektiven Theorien von Krankheit und Gesundheit ein eigenes Forschungsfeld dar. Verschiedene Sichtweisen auf Krankheit (z.B. Krankheit als Strafe, Krankheit als Befreiung (als Ausbruch aus belastenden Situationen), Krankheit als individuelle wie familiäre Entwicklungsaufgabe,...) bzw. auf Gesundheit (z.B. Gesundheit als Gleichgewicht, Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, Gesundheit als Widerstandsreservoir) wurden unter anderem von Herzlich (1973), Faltermaier (1994) und Flick (1998) herausgearbeitet.¹⁰¹ Faltermaier (2005) bilanziert die Erkenntnisse der verschiedenen Studien zu subjektiven Theorien von Gesundheit: Er kommt zu dem Ergebnis, dass vielfach komplexe gedankliche Konstruktionen vorliegen, in denen verschiedene inhaltliche Faktoren miteinander kombiniert sind und zugleich dynamische Prozesse beschrieben werden. In einer von ihm durchgeführten Studie unter Handwerks- und Verwaltungsberufen konnte er vier allgemeine Typen von subjektiven Gesundheitstheorien rekonstruieren:

- Risikotheorien, nach denen die Gesundheit entweder durch von außen kommende Bedrohungen (\triangleq Stressoren), oder durch das eigene Verhalten (\triangleq Risikoverhalten) gefährdet wird.
- Ressourcentheorien, nach denen die Gesundheit in erster Linie von den zur Verfügung stehenden Ressourcen (körperliche Konstitution, soziale Beziehungen, Stresskompetenzen,...) abhängig ist.
- Ausgleich- und Balancetheorien, nach denen Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Gleichgewicht verstanden wird, das von Risiken bedroht und durch Ressourcen gestützt wird.
- Schicksalstheorien, nach denen die Ursachen von Gesundheit und Krankheiten außerhalb des eigenen Wirkungsbereiches liegen, sodass die personale Kontrolle als gering angesehen wird.¹⁰²

Faltermaier (1994) hebt das evaluative Moment innerhalb von subjektiven Theorien von Gesundheit hervor, demnach Gesundheit als Wert gegenüber anderen Zielen und Wertvorstellungen abgewogen wird, wovon abhängig sei, wie viele und welche Mittel von jedem einzelnen in die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit investiert werden.¹⁰³

Subjektive Theorien von Gesundheit fließen unmittelbar in das Gesundheitsbewusstsein und davon abhängig in das Gesundheitsverhalten eines Menschen ein (vgl. Kapitel 6).

3.1 Subjektive Theorien von Lehrern und Lehramtsstudierenden

Die vorliegende Arbeit widmet sich zwar in erster Linie der Gesundheitsförderung bei Grundschulern, in diesem Kapitel soll dennoch ein Exkurs unternommen werden, der sich mit den Gesundheitsvorstellungen und dem Gesundheitszustand von (angehenden) Lehrern auseinandersetzt. Lehrer sind in der Schule nicht nur für die Umsetzung eigener gesundheitserzieherischer Unterrichtseinheiten verantwortlich,

¹⁰¹ vgl. Herzlich: Health and illness (1973); Faltermaier: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln (1994); Flick (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? (1998).

¹⁰² vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 195f.

¹⁰³ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, S. 165.

sie bereiten zudem die entsprechenden Maßnahmen außerschulischer Institutionen vor bzw. nach, sie sind maßgeblich an der Realisierung eines gesundheitsförderlichen Schulklimas beteiligt und bieten - bewusst oder unbewusst - als wichtige Bezugspersonen in der sozialen Umwelt des Kindes auch Orientierungs- und Verarbeitungsmuster für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen an.

Generell ist die Forschungslage zu subjektiven Gesundheitstheorien von Lehrern unergiebig. Studien, die sowohl die Lehrergesundheit als auch die kognitiven Theorien von Lehrern betrachten, fragen in der Regel nach den subjektiven Theorien zur Lehrerrolle und erfassen die Lehrergesundheit zumeist nur als abhängige Variabel.¹⁰⁴ Vor diesem Hintergrund habe ich eigene Befragungen unter Lehramtsstudierenden durchgeführt, deren Ergebnisse weiter unten vorgestellt werden. Weitere Hinweise auf das Gesundheitserleben von Lehrern lassen sich aus ihrer spezifischen „Berufs-Krankheit“ ableiten. Gerade der Lehrer-Beruf wird besonders stark mit dem Burn-out-Syndrom assoziiert, welche eine Gesundheitsstörung darstellt, bei deren Entstehung im hohen Maße subjektive Bewertungen und die kognitive Verarbeitung verantwortlich sind. In gewisser Hinsicht ist somit die „objektive“ Gesundheit bei Lehrern auch ein Hinweis auf ihr „subjektives“ Alltagserleben.

Gesundheitszustand und -erleben von Lehrkräften

Es kann für die Gesundheitsförderung in der Schule nicht unproblematisch sein, dass ihre Umsetzung in den Händen eines Berufsstandes liegt, der seinerseits durch hohe Krankenstände und Berufsunfähigkeits-Zahlen gekennzeichnet ist. Der Anteil an krankheitsbedingter Frühpensionierung bei Lehrern übersteigt mit etwa 40%, dem vergleichbarer Berufsgruppen deutlich.¹⁰⁵ So waren 57% aller im Jahr 2002 wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzter Beamter im Schuldienst tätig; Frauen (51%) waren davon häufiger betroffen als Männer (32%, - den Bezugspunkt für die beiden Angaben bilden die zuvor erwähnten 40%). Je nach Besoldungsgruppe ergeben sich unterschiedlich hohe Frühpensionierungsquoten: Im höheren Dienst (Gymnasial-Lehrer) liegt der Anteil mit 29% erheblich unter dem im gehobenen Dienst (Lehrer an Grund-, Haupt-, Sonder- und Realschulen, 47%).¹⁰⁶ Die Zusammenfassung der verschiedenen Schulformen ist an dieser Stelle etwas unglücklich und verhindert eine präzise Aussage über die Frühpensionierung von Grundschullehrern und -lehrerinnen.

¹⁰⁴ Siehe hierzu etwa die Studien von Schaarschmidt (u.a.). Eine Übersicht zu den Belastungen im Lehrerberuf, allerdings auch ohne nach den subjektive Gesundheitstheorien von Lehrern zu fragen, liefert Rothland (Hrsg.): Belastungen und Beanspruchung im Lehrerberuf (2007).

¹⁰⁵ vgl. DAK/ BUK /GUVV W-L (Hrsg.): Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule, S. 3.

¹⁰⁶ vgl. Bundesministerium des Inneren: Dritter Versorgungsbericht der Bundesregierung, S. 127. Im vierten Versorgungsbericht vom 21.04.2009 sind die Lehrer als Gruppe nicht ausführlich ausgewiesen. Generell ist die die Zahl der Pensionierungen wegen Dienstunfähigkeit in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zurückgegangen, wovon aber nicht auf eine erhebliche Verbesserung der Lehrergesundheit geschlossen werden darf, sondern vielmehr mit veränderten gesetzlichen Regelungen und finanziellen Abschlüssen bei Frühpensionierungen seit 2001 erklärt werden kann. Vgl. Schaarschmidt/Kieschke (Hrsg.): Gerüstet für den Schulalltag, S. 28.

Forschungsarbeiten zur Lehrergesundheit (Schaarschmidt, 2005; Hagemann, 2003) haben eine Vielzahl von berufsspezifischen Belastungen ermittelt. Zu deren bedeutendsten zählen:

- fehlender kollegialer Support (der Lehrer als so genannter „*Einzelkämpfer*“),
- hohe Wochenstundenzahl,
- Disziplinprobleme im Unterricht,
- fehlende Lehrmittel,
- schlechtes öffentliches Image und
- mangelnde pädagogische Ausbildung.¹⁰⁷

Die hohe gesundheitliche Belastung von Lehrern wird auch als „*Burn-out-Syndrom*“ klassifiziert, welches sich aus drei Komponenten zusammensetzt:

- Entfremdungserfahrungen (Depersonalisation) gegenüber Schülern und Kollegen,
- reduzierte Leistungsfähigkeit bis hin zur Inkompetenz,
- emotionale Erschöpfung bis hin zur völligen Verausgabung.¹⁰⁸

Das Burn-out-Syndrom ist besonders häufig bei helfenden - d.h. sozialen - Berufen (zu denen auch der Lehrerberuf zu zählen ist) zu beobachten, bei denen über einen längeren Zeitraum enge, soziale und auf Abhängigkeiten basierende Beziehungen zu anderen Menschen bestehen. Entwickeln sich diese sozialen Beziehungen nicht wie gewünscht, können auf Grund der engen Bindung Arbeitsunzufriedenheit und hohe psychische Belastungen entstehen, die bei ungünstiger Stressregulation u.a. ein „*Ausbrennen*“ zur Folge haben können. Hinzu kommt, dass solche sozialen Berufe häufig von Personen ausgewählt werden, für die enge soziale Kontakte bedeutsam sind, sodass sie von ihrer Persönlichkeitsstruktur, wie auch von ihrer beruflichen Motivation her, von sozial belastenden Situationen besonders stark betroffen sind.¹⁰⁹

Schaarschmidt/Fischer identifizierten mit der Potsdamer Lehrerstudie vier arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), darunter zwei problematische Risikomuster, die bei den befragten Lehrern, aber auch schon bei Lehramtsanwärtern, im Vergleich mit anderen Berufsgruppen besonders häufig auftraten. Die vier Muster waren:

- Das Muster **G** ist durch ein **gesundheitsförderliches** Verhältnis gegenüber der Berufstätigkeit gekennzeichnet. Die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit und das berufliche Engagement sind angemessen. Es liegen kaum oder nur geringe Belastungen vor; personale und soziale Ressourcen für die Bewältigung möglicher Problemsituationen sind vorhanden.
- Das Muster **S** beschreibt eine eher **schonende** Haltung gegenüber beruflichen Anforderungen. Der berufliche Ehrgeiz und das Engagement sind eher gering; die zumeist hohe Lebenszufriedenheit dieses Typus wird eher über außerschulische Quellen hergestellt.
- Das Risikomuster **A** ist durch übersteigerte berufliche **Anstrengungen** gekennzeichnet, die mit hohen Ansprüchen an die eigene Arbeitsleistung und einer geringen Distanzierungsfähigkeit einhergehen. Des Weiteren ist das

¹⁰⁷ vgl. Poschkamp: Lehrergesundheit, S. 125.

¹⁰⁸ vgl. Hurrelmann: Gesundheitssoziologie, S. 176.

¹⁰⁹ vgl. Poschkamp: Lehrergesundheit, S. 17; 37.

Risikomuster A durch geringe personale und soziale Ressourcen bei der Stressbewältigung gekennzeichnet, woraus ein höheres Krankheitsrisiko, speziell für koronare Herzerkrankungen, resultiert.

- Das Risikomuster **B** ist durch Resignation, Motivationsmangel und geringe allgemeine Widerstandsressourcen gekennzeichnet. Im Gegensatz zu dem Risikomuster A ist das berufliche Engagement reduziert, wobei die Distanzierungsfähigkeit weiterhin gering ist, sodass der Typ B als fortgeschrittenes Stadium des Risikomusters A anzusehen ist. Von seiner Symptomatik her erfüllt das Risikomuster B alle Merkmale eines **Burn-outs**.¹¹⁰

Für den Lehrerberuf konnte unter den psychosozialen Berufen der höchste Anteil an den beiden Risikomustern A und B beobachtet werden. Mit steigender Tendenz bei zunehmenden Dienstjahren; zudem sind Frauen häufiger betroffen als Männer.¹¹¹ Dückers-Klichowski konnte bereits bei Lehramtsanwärtern im Referendariat Burn-out-Phänomene beobachten.¹¹²

Ergänzend zu den in Kapitel 2.1 genannten Stress-Modellen von Selye bzw. Lazarus/Folkman erscheint mir für die Erklärung des Burn-out-Syndroms die Stresstheorie von Pearlin (1983)¹¹³ nützlich. Nach Pearlin entstehen stressbedingte Erkrankungen aus andauernden Rollenbelastungen heraus. Stärker noch als im transaktionalen Ansatz von Lazarus/Folkman wird die soziale Umwelt zur Erklärung von stressbedingten Erkrankungen herangezogen: *„Die ungünstige Wirkung von chronischen Rollenbelastungen ist nach Pearlin insbesondere dadurch bedingt, dass sie das Selbstkonzept treffen; sie vermitteln den Betroffenen das Gefühl, das eigene Leben nicht im Griff zu haben und sie werten sich dadurch selbst ab.“*¹¹⁴ So lässt sich erklären, warum gerade Lehrer, die mit unterschiedlichen und teilweise widersprüchlichen, Rollenerwartungen konfrontiert sind, besonders häufig von Burn-out betroffen sind.

Nach Schnabel (2004) treffen in der Schule verschiedene „System-Welten“ aufeinander, hierzu zählt er das System der Schulverwaltung, das der Schüler und das der Lehrer. Jedes dieser Systeme vermittelt eigene, teilweise mit den anderen Systemen konkurrierende Interessen, Rollen-Erwartungen und Verhaltensweisen, woraus im Schulalltag zahlreiche Konflikte entstehen, die vielfach für Schüler und Lehrer - auch mangels geeigneter Bewältigungsstrategien - gesundheitsschädigende Belastungen darstellen.¹¹⁵ Hiermit wäre ein gesundheitsbezogenes Defizit benannt: Lehrer erwerben in der Ausbildung keine ausreichenden Kenntnisse zum Konfliktmanagement und zur eigenen Stressregulation. Die hohen Krankheitszahlen sind somit auch als Resultat einer systembedingten Überforderung zu sehen. Nach Hurrelmann (2006) mangelt es Lehrern an einer professionellen und fachlich beratenden Supervision, wie sie in anderen Berufsfeldern mit vergleichbarem Aufgabenprofil üblich ist.¹¹⁶

¹¹⁰ vgl. Schaarschmidt (Hrsg.): Halbtagsjobber?, S. 24ff.

¹¹¹ vgl. Poschkamp: Lehrerergesundheit, S. 113.

¹¹² vgl. Dückers-Klichowski: Burnout bei Lehramtsanwärtern im Primarbereich. 2005.

¹¹³ Pearlin: Role strains and personal stress. In: Kaplan (ed.): Psychosocial stress. New York: Academic Press, S. 3-32.

¹¹⁴ Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 81.

¹¹⁵ vgl. Schnabel: Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S.286f.

¹¹⁶ vgl. Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 212.

Für die inhaltliche Qualität gesundheitserzieherischer Maßnahmen ist es zudem problematisch, dass die Gesundheitserziehung für die Schule (bzw. für die Lehrer) eine Aufgabe neben vielen anderen ist, für die sie zudem nicht zusätzlich ausgebildet sind. In der Lehrerbildung findet der in den Curricula festgeschriebene, gesundheitsbezogene Erziehungsauftrag „*nur ungenügende Berücksichtigung*“; ein Problem, das erkannt und dessen Lösung bereits durch die Kultusministerkonferenz von 1992 eingefordert wurde.¹¹⁷ Hiermit wäre ein zweites Defizit aufgezeigt: Lehrer sollen quasi *nebenbei* gesundheitserzieherische Aufgaben erfüllen, ohne in der Lehramtsausbildung darauf vorbereitet worden zu sein.

Gesundheitstheorien von Lehramtsstudierenden

Auf Grund der defizitären Forschungslage zu Gesundheitsvorstellungen bei Lehrern habe ich im Rahmen der von mir durchgeführten Seminare zur „*Mobilitäts-, Sicherheits- und Gesundheitserziehung in der Schule*“ (WS 2008/09 bis SS 2010) wurden Lehramtsstudierende (in der Mehrzahl angehende Grundschullehrer/-innen) nach ihrer Definition von Gesundheit befragt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich in einem Seminar mit diesem Schwerpunkt zumindest teilweise Teilnehmer einfinden, die bereits für das Thema sensibilisiert sind (z.B. viele Studierende mit dem Unterrichtsschwerpunkt Sport), womit schon eine gewisse Selbstselektion stattgefunden hat, sodass von den Antworten nicht auf die Grundgesamtheit aller Lehramtsstudierenden geschlossen werden darf.

Die Befragung fand jeweils in der ersten Seminarsitzung statt, das heißt bevor erste theoretische Grundlagen im Rahmen des Seminars erarbeitet worden waren. Die genaue Aufgabenstellung lautete: „*Wie würden Sie Gesundheit definieren? Wann würden Sie sich als 'gesund' bezeichnen? Fassen Sie Ihre persönliche Gesundheitsdefinition in wenigen Sätzen zusammen.*“¹¹⁸

Die Aufgabe wurde von insgesamt 131 Studierenden bearbeitet, ihre Antworten enthielten die folgenden Dimensionen von Gesundheit. Eine Antwort konnte mehrere Aspekte beinhalten (insgesamt 245 Aspekte):

- Freiheit von Krankheit bzw. Schmerzen, keine körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen (80 Nennungen, 33% aller Nennungen)
- sich Wohlfühlen (52 Nennungen, 21%)
- Einhaltung von als gesund geltender Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten (Ernährung, Bewegung), aktiv sein, bewusstes Erleben des eigenen Körpers und daher auf seinen Körper achten (41 Nennungen, 17%)
- den Anforderungen des Alltags gewachsen sein, selbstständig die Tätigkeiten ausüben können, die man ausüben möchte, „*funktionieren*“ (31 Nennungen, 13%)
- Lebensfreude, eine positive Lebenseinstellung besitzen, mit sich selbst und seinem Leben zufrieden sein, glücklich sein (9 Nennungen, 4%)

¹¹⁷ vgl. Wulforst: Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 828.

¹¹⁸ Daran anschließend wurden weitere, jeweils unterschiedliche Fragen gestellt, die an dieser Stelle nicht vorgestellt werden.

- körperlich und geistig vital „wirken“ / wenn sich Körper, Seele und Geist im Gleichgewicht befinden (je 6 Nennungen, 2%)
- keine ärztliche Hilfe oder Medikamente zu benötigen / den Gesundheitsstandards und -normen entsprechen, einen „normalen“ Körperbau, eine „normale“ Gestalt zu haben (jeweils 5 Nennungen, 2%)
- in der Lage sein, Krankheiten abzuwehren (3 Nennungen, 1%)
- sich entspannen können / ausgelastet sein / gesundheitliche Tests bestehen / ob jemand gesund ist oder nicht, liegt in der Selbstdefinition jedes Einzelnen / Lebenswille / mit seiner Umwelt „im reinen“ sein / ein gutes Körpergefühl zu haben und zu wissen, wie man auf seine Bedürfnisse zu reagieren habe (jeweils eine Nennung, <1%).¹¹⁹

Am häufigsten (etwa zwei Drittel der Antworten enthielten diese Kategorie) wurde von den Studierenden eine Negativ-Definition von Gesundheit geäußert, bei der Gesundheit über die Abwesenheit von Krankheit hergeleitet wird. Das Fehlen von physischen oder psychischen Beeinträchtigungen scheint daher eine Mindestvoraussetzung für Gesundheit zu sein, die dementsprechend von vielen bei einer spontanen Äußerung genannt wird. Die Antwort „sich Wohlfühlen“ betont die subjektive Wahrnehmung gegenüber solchen objektiven Kriterien, etwa jede/r Dritte nannte diesen Aspekt. Das subjektive Wohlbefinden kann - muss aber nicht – mit der objektiven Gesundheit übereinstimmen (siehe auch Tabelle 6.1). Von 41 Personen (31%) wurden gesunde Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten als ein Kriterium für Gesundheit genannt, häufig in Kombination mit einer der zuvor genannten Antwortkategorien. Dies unterstreicht zugleich die individuellen Gestaltungspotenziale, die im Gesundheitsverhalten gesehen werden, wie auch die Prozesshaftigkeit, da Gesundheit über das Verhalten regelmäßig neu hergestellt werden kann und muss. Etwa ein Viertel der Studierenden (31 Nennungen) erwähnte einen funktionalen Aspekt von Gesundheit, bei der Gesundheit als eine Voraussetzung angesehen wird, um die Anforderungen des Alltags bewältigen zu können. Weitere Aspekte wurden nur von Einzelpersonen genannt.

Es lässt sich festhalten, dass vielfach auch unter den Lehramtsanwärtern (wie generell unter Erwachsenen) auf bestimmte Dimensionen reduzierte Vorstellungen von Gesundheit vorherrschen. „Wohlbefinden“ als ein individueller Bewertungsmaßstab von Gesundheit wurde in der durchgeführten Befragung zwar häufig erwähnt, es muss dabei allerdings vielfach von einer diffusen Kategorie ausgegangen werden, bei der unklar bleibt, woraus sich dieses „Wohlbefinden“ zusammensetzt. Soziale oder identitätsbezogene Aspekte von Gesundheit wären m.E. solche Konkretionen des Wohlbefindens, die allerdings nur selten genannt werden. Es ist zu bezweifeln, dass sich auf Grundlage von weitgehend auf pathogenetische Vorstellungen basierenden, subjektiven Theorien, demnach Gesundheit in erster Linie immer noch über die Abwesenheit von Symptomen

¹¹⁹ Die verschiedenen Kategorien sind nicht unbedingt trennscharf. Ich habe mich bemüht, Antworten nicht voreilig unter eine Kategorie zu subsummieren. „Sich Wohlfühlen“, „bewusstes Erleben des eigenen Körpers“, „glücklich sein“ – dies sind zweifelsfrei verwandte Kategorien, sie unterscheiden sich aber auch jeweils in Nuancen: das „Wohlfühlen“ beinhaltet eine eher unreflektierte, ganzheitliche Perspektive, das „bewusste Erleben“ dagegen entspricht m.E. eher einer reflektierten Haltung, die mit der Selbstverständlichkeit bricht, die häufig den Umgang mit dem eigenen Körper kennzeichnet, und das „Glücklich-sein“ entspricht einem intensiven emotionalen Zustand, der zumindest teilweise losgelöst von jeder körperlichen Verfassung denkbar ist.

definiert wird, eine ganzheitliche und an salutogenen Maßstäben orientierte Gesundheitsförderung umsetzen lässt. In ganzheitlichen Vorstellungen wären auch soziale Dimensionen (Familiensituation, Integration in der Peergroup, Sozialverhalten), das bereits ausgebildete Selbst- und v.a. das Körperkonzept als wesentliche Bestandteil eines Gesundheitsbegriffes enthalten.

Im Rahmen der Lehrerbildung gilt es demnach auch, begreifbar zu machen, über welche Aspekte in unserer Gesellschaft ein *gesundes Leben* charakterisiert wird, wie Gesundheitsvorstellungen und gesellschaftliche Norm zusammenhängen und nicht zuletzt auch darüber aufzuklären, wie ein solcher Zusammenhang über Sozialisationsprozesse auf die Identitätsentwicklung einwirkt. Eine vergleichbare Aufgabe wird von Hörmann unter dem Begriff „Gesundheitspädagogik“ formuliert:

„Daher ist es unausweichlich, nicht nur die Wirkungen von Gesundheitspädagogik, also das Wie, Warum, Wodurch einer empirischen Überprüfung auszusetzen, sondern auch die gesellschaftliche Funktion des Gesundheitsmotivs und gesellschaftlicher bzw. wissenschaftsdisziplinärer Interessengruppen zu reflektieren. [...] Trotz der Bedeutsamkeit von Gesundheitsförderung ist allerdings vor einem grassierenden ‘Gesundheitskult’ zu warnen, in dessen Gefolge eine zwar gut gemeinte, der pädagogischen Selbstkritik jedoch entbehrende Gesundheitserziehung lediglich einem törichten ‘Gesundheitsfanatismus’ Vorschub leistet.“¹²⁰

3.2 Subjektive Theorien von Kindern

Welche subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit lassen sich bei Kindern finden? Was erleben und bezeichnen Kinder als „*gesund sein*“ bzw. „*krank sein*“? Worin sehen sie die Ursachen von Erkrankungen? Welche Vorstellungen von Krankheitsprävention liegen vor? Diesen und weiteren Fragen soll im Weiteren nachgegangen werden. Ich orientiere mich dabei weitgehend an der Zusammenstellung von Lohaus/Ball (2006)¹²¹, die ihrerseits die Forschungslage zu den subjektiven Theorien von Kindern¹²² zwar noch als „*teilweise etwas unbefriedigend*“¹²³ bezeichnen, dennoch für die vorliegende Arbeit eine wertvolle Zusammenstellung kindlicher Gesundheits- und Krankheitskonzepte liefern. Nach Lohaus/Ball sollten umfassende Konzeptionen „[...] über den Aufbau kindlicher Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit neben der kognitiven Entwicklung (a) Bezüge zu affektiven und handlungsbezogenen Komponenten und (b) Bezüge zu sozialen Systemen enthalten.“¹²⁴

Ein Großteil der rekurrierten Arbeiten basiert auf kognitiv-strukturalistischen Annahmen und knüpft an der kognitiven Theorie von Piaget an (vgl. Kapitel 4.3).

¹²⁰ Hörmann: Gesundheitserziehung. In: Einsiedler u.a. (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik, S. 694.

¹²¹ Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe 2006.

¹²² Die im Weiteren skizzierten Forschungsarbeiten untersuchten in der Regel kognitive Theorien bei Kindern bis zu einem Alter von zwölf Jahren.

¹²³ Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 8.

¹²⁴ vgl. „ebd.“, S. 26.

Neuere Arbeiten orientieren sich zunehmend an der *Theorie der konzeptionellen Veränderung* (conceptual change)¹²⁵, in der „[...] Veränderungen in den subjektiven Konzepten nicht mehr durch die Bindung an die strukturellen Niveaus erklärt, sondern vielmehr durch den Wissenserwerb und die damit verbundenen Veränderungen der Wissensstrukturen [...]“¹²⁶ erklärt werden. Im Weiteren sollen die Ergebnisse aus beiden Forschungstraditionen berücksichtigt werden, die angegeben Stufen- und Alterseinteilungen dienen ohnehin nur einer groben Orientierung und große interindividuelle Unterschiede sind immer mitzudenken.

Im Vorschulalter bzw. im präoperationalen Stadium besitzen die Kinder mehrheitlich noch kein Gesamtkonzept von Gesundheit. Auf die Frage nach einer Gesundheits-Definition können die Kinder entweder gar keine Antwort geben, oder aber es werden solche Aspekte aufgezählt, die sich an wahrnehmbaren Phänomene (Fieber, Schmerzen u.ä.) oder Verhaltensanweisungen (im Bett bleiben müssen, Medikamente einnehmen müssen) orientieren.¹²⁷ Dementsprechend werden die Funktionen einzelner Organe weitgehend über die konkret beobachtbaren Auswirkungen bestimmt, etwa dass die Haut den Körper zusammenhält. Zudem sind auch religiöse oder andere kulturell vermittelte Muster wirksam, etwa in dem das Herz mit „Liebe“, oder generell Gefühlen gleichgesetzt wird.¹²⁸

Krankheiten werden nach dem „*Prinzip der immanenten Gerechtigkeit*“ vielfach als Bestrafung für eigenes Fehlverhalten gedeutet. Ein solches Fehlverhalten kann - muss aber nicht - gesundheitsbezogen sein. Ein Beispiel für gesundheitsbezogenes Fehlverhalten wäre, wenn das Kind verbotenerweise Süßigkeiten genascht hätte, ein Beispiel für ein nicht gesundheitsbezogenes Fehlverhalten wäre es, wenn das Kind sein Zimmer nicht aufgeräumt hätte. Ein mögliches Symptom, z.B. Magenschmerzen, kann in beiden Fällen als Strafe für das Verhalten angesehen werden. Hiermit kommt ein Merkmal des kindlichen Egozentrismus zum Ausdruck, das erst mit Erreichen der konkret-operatorischen Stufe überwunden wird: Das Kind sieht die Ursache für eine Erkrankung in der eigenen Person begründet.¹²⁹ Je mehr Wissen die Kinder allerdings über die Prozesse der Krankheitsentstehung besitzen, desto seltener interpretieren sie eine Erkrankung als Strafe für ein begangenes Fehlverhalten.¹³⁰ Im präoperationalen Stadium kann nur ein relativ geringer Anteil der Kinder (20%) auf eine Frage nach Präventionsmaßnahmen eine Antwort geben, während es unter den 6- bis 8-Jährigen bereits 95% sind.¹³¹

Im frühen Grundschulalter bzw. in der konkret-operationalen Phase differenzieren sich die Gesundheits-Vorstellungen allmählich aus. Neben körperlichen Aspekten werden nun auch affektive und verhaltensbezogene Kriterien berücksichtigt.¹³² Die Kinder sind nun in der Lage, neben äußerlich sichtbaren auch nicht-sichtbare Krankheitsanzeichen zu benennen. Zugleich kommt es zu einer stärkeren Bindung des Gesundheits- an das Krankheitskonzept, was vermutlich mit der in diesem

¹²⁵ Carey: Conceptual Change in childhood. Cambridge (USA): MIT Press 1985.

¹²⁶ Ball/Lohaus: Kindliche Krankheitskonzepte. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, S. 4.

¹²⁷ vgl. Ball/Lohaus: Kindliche Krankheitskonzepte. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, S. 5.

¹²⁸ vgl. Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 44.

¹²⁹ vgl. „ebd.“, S. 57.

¹³⁰ vgl. „ebd.“, S. 62.

¹³¹ vgl. „ebd.“, S. 73.

¹³² vgl. Ball/Lohaus: Kindliche Krankheitskonzepte. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, S. 6.

Stadium (nach Piaget) charakteristischen Reversibilität im Denken zusammenhängt. Die Kinder können nun einfache monokausale Ursache-Wirkung-Mechanismen erkennen und zeitliche Abfolgen berücksichtigen. Sie begreifen, dass Gesundheit und Krankheit zwei veränderliche Zustände sind, die einander ablösen und anschließend wieder herstellbar sind.¹³³ Gesundheit wird dementsprechend vielfach als Gegensatz von Krankheit verstanden. Seiffge-Krenke kommt zu dem Schluss: „Während Kinder und Jugendliche Krankheit aus eigener Erfahrung kennen, bleibt der Begriff ‘Gesundheit’ abstrakt. Gesunde Organe und Körperfunktionen spürt man nicht. Kinder und Jugendliche begreifen deshalb Gesundheit in negativer Abgrenzung zur Krankheit.“¹³⁴

Nach Lohaus/Ball gewinnen Kinder in diesem Alter Einsicht in den Zusammenhang von externen Krankheitsursachen und internalen Krankheitswirkungen. Dabei liegt häufig ein Kontaminationsmodell zu Grunde, mit dem das Kind Erkrankung auf nicht-personale, allgemeine Kausalzusammenhänge (z.B. Viren als Grippeüberträger) zurückführt. Auf Seiten der internalen Krankheitswirkung kann das Kind die Körperreaktion von der Krankheitsursache trennen. Dabei werden Gesundheitsstörungen auch mit ungesunden Verhaltensweisen und Gewohnheiten (Lebensstil) erklärt.¹³⁵

Hinsichtlich ihres Körperwissens sind Kinder auf dieser Entwicklungsstufe bereits in der Lage, Organfunktionen im Zusammenhang des ganzen Körpers zu sehen, wenngleich sich die Vorstellungen von Organ zu Organ erheblich unterscheiden. Die Bedeutung des Herzens für den Blutkreislauf ist den Kindern z.B. wesentlich vertrauter als die Funktion der Leber.¹³⁶

Die Kenntnisse über mögliche Präventionsmaßnahmen nehmen im Laufe des Grundschulalters kontinuierlich zu. Am häufigsten wird von den Kindern die Aufnahme angemessener Nahrung erwähnt. Es folgt die Meidung kranker Personen, die Wahl witterungsangepasster Kleidung und die Wahrnehmung von Routineuntersuchungen und Schutzimpfungen.¹³⁷

Mit der formal-operationalen Phase und spätestens mit der Pubertät nehmen die Gesundheitsvorstellungen von Heranwachsenden eine ganzheitliche Perspektive ein. Nun werden neben der körperlichen Unversehrtheit auch Wohlbefinden, Selbstakzeptanz und soziale Kontakte als Kriterien eines gesunden Lebens genannt. Die Kinder sind nun in der Lage, komplexe Wechselwirkungen, etwa zwischen Körper und Psyche, oder zwischen dem Gesundheitszustand einer Person und ihren Umweltbedingungen nachzuvollziehen.¹³⁸ So können sie sowohl physiologische Prozesse (z.B. die Fehlfunktion eines inneren Organs) zur Erklärung von Gesundheitsstörungen angeben, wie auch psychophysiologische Ursachen (etwa für

¹³³ vgl. vgl. Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 29.

¹³⁴ Seiffge-Krenke: Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 836.

¹³⁵ vgl. Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 58.

¹³⁶ vgl. „ebd.“, S. 45f.

¹³⁷ vgl. „ebd.“, S. 72f.

¹³⁸ vgl. Seiffge-Krenke: Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 836.

stressbedingte Krankheiten) benennen.¹³⁹ Insofern herrscht im Übergang von Kindes- zum Jugendalter (individuell mehr oder weniger stark ausgeprägt) eine mehrdimensionale, durchaus als ganzheitlich zu bezeichnende Vorstellung von Gesundheit vor. Mit Erreichen der formal-operationalen Stufe erwerben die Kinder allmählich übergreifende Vorstellungen der einzelnen Organfunktionen, wobei diese allerdings bis ins Erwachsenenalter hinein in vielen Fällen lückenhaft bleiben.¹⁴⁰ Die Heranwachsenden sind in der Lage, Gesundheitsstörungen medizinisch korrekt zu benennen und theoretisch-wissenschaftliche Erkenntnisse wiederzugeben und zu reflektieren.¹⁴¹

Die Fokussierung auf kognitive Vorstellungen von Gesundheit vernachlässigt allerdings die Bedeutung, die Emotionen in diesem Kontext einnehmen. Erkrankungen werden von Kindern nicht nur rational, sondern auch emotional bewertet, zumal ihnen häufig noch wenig Wissen über die Erkrankungsursachen und -schwere zur Verfügung steht. Wird etwa in der präoperationalen Phase Krankheit noch als Strafe für ein begangenes Fehlverhalten aufgefasst, dürften mit der Erkrankung auf der affektiven Ebene auch Schuldgefühle einhergehen.

Ebenso nehmen die persönlichen Krankheitserfahrungen von Kindern und die moderierenden Einflüsse der sozialen Umwelt Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen. So ist anzunehmen, dass bspw. chronisch kranke Kinder frühzeitig detaillierte Vorstellungen von ihrer Erkrankung entwickeln. Ebenso können Erfahrungen mit Kranken (etwa Geschwistern, Eltern) die subjektiven Theorien zu Gesundheit und Krankheit verändern. Generell deutet die breite Streuung der Antworten bei empirischen Untersuchungen darauf hin, „[...] dass frühere Ursachenkonzeptionen nicht vollständig aufgegeben werden, sondern vielfach zunächst weiterhin Bestand haben. Jedoch werden die frühen kindlichen Vorstellungen durch neue Verursachungskonzepte ergänzt bzw. weiter ausdifferenziert.“¹⁴²

3.3. Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Aus den von Lohaus/Ball zusammengestellten Erkenntnissen zu den subjektiven Theorien von Kindern lassen sich nach Aussagen der Autoren¹⁴³ die folgenden Schlussfolgerungen für die Gesundheitserziehung/-förderung ableiten:

- Die Gesundheitsvorstellungen der Kindern werden zu allererst durch das Elternhaus geprägt. Für die Gesundheitsförderung in der Grundschule hat dies zu Folge, dass sie die in den Familien dominierenden Gesundheitsvorstellungen zu berücksichtigen hat. Widersprechen die in den Familien vorherrschenden Vorstellungen grundlegend denen der Schule, sollten diese Differenzen in der Arbeit mit den Eltern aufgearbeitet werden. Dabei ist zu

¹³⁹ vgl. Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 59.

¹⁴⁰ vgl. „ebd.“, S. 46.

¹⁴¹ vgl. Ball/Lohaus: Kindliche Krankheitskonzepte. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, S. 6.

¹⁴² vgl. Gutezeit (u.a.) nach: Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 59.

¹⁴³ vgl. „ebd.“, S. 152f.

vermuten, dass dieser Prozess umso konfliktreicher abläuft, je stärker sich die Vorstellungen von Schule und Elternhaus widersprechen. Für die Gesundheitsförderung hat dies die Konsequenz, dass sie zunächst die in den Familien vorherrschenden Gesundheitsverhaltensweisen zur Kenntnis zu nehmen hat, bevor sie in einem zweiten Schritt auf diese Einfluss nehmen kann. Dabei erscheint Kooperation erfolgsversprechender als Konfrontation zu sein. Die Einbeziehung der Eltern kann über Elternabende angestoßen werden und in der Mitarbeit im Unterricht münden. Im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ geschah dies v.a. in der Ernährungserziehung. Die Eltern wurden auf den Elternabenden regelmäßig informiert und konnten schließlich in einer Lehrküche gemeinsam mit ihren Kindern kochen. Damit ist bereits einer Grenze einer solchen Intervention aufgezeigt: Bildungsferne oder kulturfremde Familie besitzen häufig eine große Distanz zur Institution Schule, sind an Elternabenden weniger präsent und sind auch daher auch seltener zur Mitarbeit zu bewegen. Gerade diese Gruppen sind aber zugleich häufig mit den so genannten „Risikogruppen“ mit hoher gesundheitlicher Belastung und einem hohen Förderbedarf identisch (siehe auch Kapitel 5 und 7.5).

- Eingeeübte, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen etablieren sich dann auf Dauer, wenn die Kinder zusätzlich zu den Verhaltensanweisungen Hintergrundwissen über ihren Sinn vermittelt bekommen. Diese Informationen sollten der kognitiven Stufe des Kindes angemessen sein (siehe Kapitel 4.3 und 4.5). Ob durch Informationen auf der nächsthöheren Stufe die Entwicklung des Kindes begünstigt wird, oder ob es zu Überforderung kommt, ist noch unklar, und vermutlich auch von dem jeweiligen Kind (und dem Kontext) abhängig. Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass sie - auch wenn verhaltens- und kompetenzbezogene Ansätze in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen haben (vgl. Kapitel 7.2) - die kognitive Komponente, d.h. die Vermittlung von Wissenssegmenten, keinesfalls vernachlässigen darf. Generell bestehen nach Lohaus/Ball zahlreiche Wechselwirkungen zwischen Kognition, Emotion und Verhalten, weshalb sich eine analytische Trennung der drei Bereiche generell verbieten würde.¹⁴⁴ Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass sie sich an den Erkenntnissen der allgemeinen Grundschul-Didaktik zu orientieren und ein ganzheitliches Lernen zu organisieren hat. Im Projekt „Gut drauf!“ wurde dieses Prinzip z.B. in den Bewegungsspielen zur Verkehrserziehung umgesetzt: Die „Spielregeln“, die im Laufe des Verkehrstrainings eingeführt wurde, reflektierten auf einer kognitiven Ebene ein sicheres, vorausschauendes und auf Kommunikation ausgerichtetes Verhalten im Straßenverkehr. Der spielerische Charakter ermöglichte den Kindern einen emotionalen Zugang, der Handlungsaspekt war in diesen Bewegungsspielen ohnehin gegeben.
- Die Kontrolle des Verhaltens sollte im Laufe der kindlichen Entwicklung von der Fremdkontrolle zu Selbstkontrolle und Eigenverantwortung der Kinder übergehen. Insofern der Sinn einer Handlung verinnerlicht wurde, werden die Kinder das Verhalten auch ohne fremde Kontrolle beibehalten. Für die Gesundheitsförderung in der Grundschule bedeutet dies, dass sie den Kindern möglichst frühzeitig Eigentätigkeit und Eigenverantwortlichkeit zugestehen soll.

¹⁴⁴ vgl. „ebd.“, S. 155.

Gesundheits- und Sicherheitsverhalten lernt man nicht passiv, sondern am besten in der praktischen Anwendung. Ein gutes Beispiel hierfür war die Brandschutzerziehung, bei der die Kinder vom 1. Schuljahr an in Partner- oder Gruppenarbeit eigenen „Versuche“ mit Feuer durchführen konnten. Abwechselnd waren die Kinder dabei für die Durchführung der Aufgaben und für das Einhalten der Sicherheitsregeln verantwortlich.

Generell gilt es auf mögliche emotionale Konflikte, die ein angestrebtes Verhalten verursacht, einzugehen. Dies ist für die Gesundheitsförderung in der Grundschule v.a. dann bedeutsam, wenn die Vorstellungen im Widerspruch zu Gewohnheiten des Kindes, etwa im Ernährungs-, Bewegungs- oder Freizeitverhalten, stehen. Diese Konflikte sollten immer ernst genommen und keinesfalls auf Unwissenheit der Kinder reduziert und damit voreilig abgehandelt werden.

Die Konsequenzen mögen zwar in gewisser Hinsicht banal klingen, allerdings scheint es plausibel, dass bestimmte Handlungsrouinen (z.B. Zahnpflege, Verhalten bei der Straßenüberquerung, rückengerechtes Bücken) im Vorschul- oder Grundschulalter auf diese Weise erfolgreich etabliert werden (können). Umgekehrt ist naheliegend, dass aus diesen Gründen ein Gesundheitsverhalten nicht stabil erworben wird, etwa weil das Einüben nicht (oder nur kurz) erfolgte, der Sinn des Verhaltens nicht vermittelt wurde, der Übergang in die Eigenverantwortlichkeit zu früh (oder zu spät) geschah und mögliche emotionale Konflikte nicht aufgearbeitet wurden.

4 Die pädagogische Institution Grundschule

Jeder Entwicklungsabschnitt im Leben hat seine besonderen Charakteristika, aus denen sich für die zuständigen Erziehungs- und Bildungseinrichtungen spezifische pädagogisch-didaktische Konsequenzen und Anforderungen ergeben. Dem entsprechend hat sich die Gesundheitsförderung an der Grundschule zunächst ebenfalls mit den Besonderheiten dieser Altersklasse auseinanderzusetzen. Die Institution Grundschule ist in ihrer formalen und inhaltlichen Gestaltung als historisch gewachsene, gesellschaftliche Reaktion auf den Lebens- und Entwicklungsabschnitt des Kindesalters anzusehen. Mit ihr sind allgemein-pädagogische und fachspezifische - in diesem Fall gesundheitserzieherische - Aufgaben verbunden, die die Grundschule zu erfüllen versucht. In Kapitel 4.1 wird die Institution Grundschule mit ihrem Erziehungs- und Bildungsauftrag sowie mit ihren gesundheitserzieherischen und gesundheitsfördernden Möglichkeiten betrachtet.

Das Grundschulalter ist von bestimmten Sozialisationserfahrungen gekennzeichnet, wobei erstmals die normativen Erwartungen und Vorstellungen der verschiedenen Sozialisationsagenturen (neben der Schule sind das v.a. die Familie, die Peergroup und die Massenmedien) integriert werden müssen. Das Heranwachsen der Kinder im Grundschulalter vollzieht sich im Spannungsfeld von Individuation und Vergesellschaftung. Hurrelmann hat dies mit dem Modell der produktiven Verarbeitung von innerer und äußerer Realität beschrieben.¹⁴⁵ Um diese Prozesse angemessen zu erfassen, werden im Kapitel 4.2 verschiedene sozialisationstheoretische Ansätze diskutiert.

Weiterhin werden die entwicklungspsychologischen Voraussetzungen verschiedener Funktionsbereiche im Kindesalter dargestellt (Kapitel 4.3), da der sensorische, der motorische und der kognitive Entwicklungsstand letztlich auch die Grenzen aller intentionalen (und nicht-intentionalen) Einflüsse auf Kinder im Grundschulalters maßgeblich mitbestimmt.

Die verschiedenen, in der Grundschule zum Einsatz kommenden, pädagogisch-didaktischen Ansätze stellen eine Antwort der Erziehungswissenschaft auf die entwicklungspsychologischen Voraussetzungen zum einen und auf das Spannungsfeld von Individuation und Vergesellschaftung zum anderen dar. Sie sind Gegenstand des Kapitels 4.4. Im Kapitel 4.5 werden die gewonnen Erkenntnisse auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ abgebildet.

4.1 Pädagogische Grundlagen

Kemper (2001) bezeichnet eine Theorie pädagogischer Institutionen als eines der „ältesten *Desiderate erziehungswissenschaftlicher Theoriebildung*.“¹⁴⁶ Die verschiedenen, historisch gewachsenen pädagogischen Einrichtungen unterscheiden sich seiner Ansicht nach „[...] in *Status, Organisation und Selbstverständnis z.T.*

¹⁴⁵ Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 11ff.

¹⁴⁶ Kemper: Theorie pädagogischer Institutionen. In: Roth (Hrsg.): Pädagogik, S. 353.

*erheblich voneinander; sie verbindet kaum noch eine gemeinsame Vorstellung von den Aufgaben und Möglichkeiten der Erziehung.*¹⁴⁷ Unter diesen verschiedenen pädagogischen Einrichtungen bildet die Grundschule eine eigenständige Schulform. Sie ist die Primarstufe des deutschen Bildungswesens, im Anschluss an den Elementarbereich, dessen Besuch freiwillig ist. Insofern die Schulfähigkeit eines Kindes gegeben ist, beginnt mit dem Eintritt in Grundschule die Schulpflicht.¹⁴⁸

Das gesamte Schulsystem der Bundesrepublik untersteht zwar der staatlichen Aufsicht, auf Grund des föderalen Prinzips in der Bundesrepublik sind aber letztlich die einzelnen Bundesländer für die Umsetzung und Organisation verantwortlich. Für die Grundschule als Institution bedeutet dies, dass zwischen den einzelnen Bundesländern in ihrer äußeren Struktur, wie auch in ihrer inneren Ausgestaltung, teilweise große Unterschiede bestehen. Augenscheinlich wird dies daran, dass in Berlin und in Brandenburg die Grundschulzeit sechs Jahre umfasst, in allen anderen Bundesländern sind es nur vier Jahre.¹⁴⁹

Des Weiteren gibt es neben den öffentlichen auch private Schulträger, die zwar ebenfalls der staatlichen Schulaufsicht unterstehen, darüber hinausgehend aber noch einen eigenen Erziehungsauftrag verfolgen. Als für die Primarstufe bedeutende private Träger wären etwa die Kirchen zu nennen, daneben existieren verschiedene Reformschulen. Dühlmeier (2008) unterscheidet vier verschiedene Gruppen solcher Alternativschulen:

- Schulen mit klassisch reformpädagogischen Unterrichtskonzepten (z.B. Montessori- oder Freinet-Schulen),
- Reformschulen mit weltanschaulichem Hintergrund (z.B. Waldorfschulen),
- Alternativschulen mit gesellschaftspolitischer Orientierung (z.B. die Glocksee-Schule in Hannover),
- Reformschulen, die sich in das staatliche Schulwesen einfügen (z.B. die Bielefelder Laborschule).¹⁵⁰

4.1.1 Allgemeine Ziele der Grundschule

Nach Einsiedler u.a. (2008) sind die zentralen Aufgaben der Grundschule seit ihrer Einführung mit dem Reichsgrundschulgesetz vom 28. April 1920 weitgehend unverändert geblieben. Die in dem Gesetz formulierten Vorgaben, „*gemeinsame Bildung für alle Kinder*“ und die Integration sozial benachteiligter Schichten, gehören bis heute zu den Kernaufgaben der Grundschule. Im Laufe der Zeit sind zu diesen beiden Kernaufgaben weitere Zielsetzungen hinzugekommen: Aus den 1970er Jahren stammen die Forderungen, dass die Grundschulen die Chancengleichheit aller Kinder wahren, und dass sie jeden Schüler nach seinen individuellen

¹⁴⁷ „ebd.“

¹⁴⁸ vgl. Bellenberg/Klemm: Die Grundschule im deutschen Schulsystem. In: Einsiedler u.a. (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik, S. 30.

¹⁴⁹ vgl. Flüßel/Leschinsky: Der institutionelle Rahmen des Bildungswesens. In: Cortina u.a. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik, S. 144ff. Einsiedler/Martschinke/Kammermeyer: Die Grundschule zwischen Heterogenität und gemeinsamer Bildung. In: Cortina u.a. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik, S. 342.

¹⁵⁰ vgl. Dühlmeier: Reformschulen in Deutschland. In: Jürgens/Standop (Hrsg.): Taschenbuch Grundschule, S. 38.

Voraussetzungen bestmöglich fördern sollen. Diese Zielvorgaben blieben bis heute weitgehend erhalten, doch das Vorgehen wurde im Laufe der Zeit verändert; die Vorstellung einer einheitlichen Bildung für alle wurde durch Differenzierung des Unterrichts abgelöst. Mit den Ergebnissen der internationalen Schulleistungsstudien (u.a. IGLU, PISA) wurde in den letzten Jahren deutlich, dass weiterhin große Zusammenhänge zwischen sozialer Herkunft und Schulerfolg wirksam sind. In der gegenwärtigen Phase wird versucht, mittels verschiedener Maßnahmen (Ausweitung der Grundschule auf die Fünf-Jährigen, gezielte Sprachförderung, Ausweitung des Ganztagsangebots, Qualitätssicherung durch Bildungsmonitoring,...), die individuellen Potenziale der Kinder gezielter zu fördern und gleichzeitig die Bildungsbenachteiligung unterer sozialer Schichten auszugleichen.¹⁵¹

Neben der Vermittlung von Grundlagen in den Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen) und von konkreten Wissensinhalten geht es in der Grundschule zudem *„[...] immer auch um Persönlichkeitsentwicklung, weil im Grundschulalter zentrale Persönlichkeitsmerkmale wie Ich-Stärke/Ich-Identität, Selbstwertgefühl, Selbstkonzept noch plastisch sind, und weil die ersten Erfahrungen mit positiven und negativen Schulleistungsergebnissen in Wechselwirkung mit der Persönlichkeitsentwicklung stehen.“*¹⁵²

In den aktuell gültigen Richtlinien und Lehrplänen für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen (2008) sind ihre vielfältigen Aufgaben und Ziele wie folgt beschrieben:

*„Die Schule vermittelt die zur Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werthaltungen und berücksichtigt dabei die individuellen Voraussetzungen der Schülerinnen und Schüler. Sie fördert die Entfaltung der Person, die Selbstständigkeit ihrer Entscheidungen und Handlungen und das Verantwortungsbewusstsein für das Gemeinwohl, die Natur und die Umwelt. Schülerinnen und Schüler werden befähigt, verantwortlich am sozialen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, beruflichen, kulturellen und politischen Leben teilzunehmen und ihr eigenes Leben zu gestalten. Schülerinnen und Schüler werden in der Regel gemeinsam unterrichtet und erzogen (Koedukation).“*¹⁵³

Allen erzieherischen Tätigkeiten ist nach Gudjons (1999) gemeinsam, dass sie ein bestimmtes Ziel verfolgen, zu dessen Erreichung in der Praxis zumeist ein - im Ideal auf pädagogischer Theorie basierender - Plan zu Grunde gelegt wird. Unabhängig davon, welche (zumeist moralisch-normativen) Kategorien man unter dem Erziehungsbegriff subsumieren will, seine Verwendung *„[...] macht es schwer, nicht an Ursachen, Ziele oder Wirkungsketten zu denken.“*¹⁵⁴ Nach Gudjons lässt sich Erziehung durch die folgenden Aspekte bestimmen:

- Erziehung ist intentional, d.h. sie beinhaltet immer das Ziel, bestimmte Inhalte, Werte oder Normen zu vermitteln.

¹⁵¹ vgl. Einsiedler/Martschinke/Kammermeyer: Die Grundschule zwischen Heterogenität und gemeinsamer Bildung. In: Cortina u.a. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik, S. 326ff.

¹⁵² „ebd.“, S. 329.

¹⁵³ Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen, S. 11.

¹⁵⁴ Oelkers: Einführung in die Theorie der Erziehung, S. 10.

- Erziehung geschieht in der Interaktion zwischen Erzieher(n) und Educand(en).
- Da sie intergenerativ angelegt ist, wird Erziehung in der Regel von Erwachsenen für Heranwachsende konzipiert. Ihre Konzeption erfordert eine methodische Organisation, die den Erziehungsprozess strukturiert und anhand der Voraussetzungen des Educanden und den beabsichtigten Erziehungszielen ausgerichtet ist.
- Erziehung geschieht immer in einem kulturhistorischen Kontext und ist damit stets nur für die spezifische Gesellschaft in der sie stattfindet gültig. Sie dient der Reproduktion der jeweiligen Gesellschaft, primär der Ausbildung der für sie relevanten Kompetenzen, Erfahrungen und Bedürfnisse.
- Erziehung benötigt Inhalte, Gegenstände oder Themen, an denen sie sich im Laufe des Erziehungsprozesses abarbeiten kann.¹⁵⁵

Diese Merkmale erzieherischen Handelns lassen sich auch auf die gesundheitserzieherische Praxis übertragen.

4.1.2 Gesundheitserziehung und -förderung in der Grundschule

An dieser Stelle muss vorab (siehe auch Kapitel 7) darauf hingewiesen werden, dass mit dem Begriff Gesundheitserziehung eine enges, weitgehend auf Aufklärung und Information basierendes Vorgehen verknüpft ist, das traditionell seit den 1950er Jahren das gesundheitsbezogene Denken und Handeln in der Grundschule prägte. Abzugrenzen ist dies von der Gesundheitsförderung als Konzept (Setting-Ansatz), das einen umfassenden Ansatz beschreibt, den die Schulen selbst nach ihren jeweiligen Bedingungen und Bedürfnissen gestalten.¹⁵⁶ Der Setting-Ansatz hat seinen Ursprung in der Ottawa-Charta der WHO von 1986. Beide Ansätze folgen historisch aufeinander, existieren aber gleichzeitig auch parallel. Zudem ist traditionell gesundheitserzieherisches Vorgehen innerhalb eines Setting-Ansatzes nicht nur denkbar, sondern teilweise sogar als ein notwendiger Bestandteil davon anzusehen. Trotz dieser Schwierigkeit, dass beide Begriffe in der Praxis nicht immer trennscharf voneinander abzugrenzen sind, soll diese Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und -erziehung im Weiteren nach Möglichkeit berücksichtigt werden.

Die Gesundheitserziehung in der Grundschule bietet die Möglichkeit zu einer frühzeitigen Thematisierung und damit Bewusstmachung von gesundheitsrelevanten Fragen. Da sie vergleichsweise gesunde Lebensabschnitte darstellen, wurden Kindheit und Jugend von den Gesundheitswissenschaften lange Zeit vernachlässigt, Erst in den letzten Jahrzehnten haben die gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieser Altersgruppen größere wissenschaftliche Beachtung gefunden, zumal gesundheitliche Dispositionen aus der Kindheit sehr häufig im Erwachsenenalter übernommen werden. *„Die Nutzung der Präventionspotentiale im Kindes- und Jugendalter und Förderung eines gesunden Aufwachsens lassen sich deshalb als wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ansehen.“*¹⁵⁷

¹⁵⁵ vgl. Gudjons: Pädagogisches Grundwissen, S. 199f.

¹⁵⁶ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 320.

¹⁵⁷ Lambert/Ziese: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, S. 143.

Daher ist es nicht verwunderlich, dass es in den letzten Jahren zu einer Intensivierung gesundheitsbezogener Aktivitäten in der Grundschule (und auch schon im Kindergarten) gekommen ist. Die Aufgabe der Gesundheitserziehung in der Schule ist es, die Schüler frühzeitig zur Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen anzuregen, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen auszubilden, die Auswirkungen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zu problematisieren und so die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit nachhaltig zu wecken.

4.1.2.1 Gesundheitserziehung in den Lehrplänen und Richtlinien für die Grundschule

Von den in den aktuellen Lehrplänen und Richtlinien für die Grundschule stichwortartig aufgeführten Zielen bezieht sich das Lernziel, *„Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport zu entwickeln, sich gesund zu ernähren und gesund zu leben“*¹⁵⁸ explizit auf die Gesundheit. Aber auch andere Zielsetzungen, wie etwa Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit, oder das Ziel, *„[...] die eigene Wahrnehmungs-, Empfindungs- und Ausdrucksfähigkeit sowie musisch-künstlerische Fähigkeiten zu entfalten“*¹⁵⁹, lassen sich im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses, demnach Gesundheit mehr beinhaltet als nur die körperliche Unversehrtheit, als Auftrag für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen interpretieren. Höfer (2000) hat Gesundheit als das Ergebnis erfolgreicher Identitätsarbeit bezeichnet.¹⁶⁰ Aus dieser Perspektive heraus stehen alle Unterrichtseinheiten, die zur Entwicklung einer *gesunden* Identität des Kindes beitragen, im weitesten Sinne auch im Kontext der Gesundheitsförderung.

Mit einem solchen *weiten* Gesundheitsbegriff lassen sich in allen in der Grundschule unterrichteten Fächer gesundheitsbezogenen Inhalte finden. Generell bieten sich viele Inhalte als Querschnittsthemen an, die sich am besten fächerübergreifend, oder zumindest fächerverbindend behandeln lassen. Bei einem *engen* Gesundheitsbegriff verortet sich die Gesundheitserziehung in der Grundschule v.a. im Sport- und im Sachunterricht.

In den fünf im Lehrplan für den Sachunterricht genannten Bereichen decken die Themenfelder *„Natur und Leben“* und *„Mensch und Gemeinschaft“* weite Teile der Gesundheitserziehung und der Bereich *„Raum, Umwelt und Mobilität“* weite Teile der Sicherheitserziehung ab.¹⁶¹ Mit dem Lehrplan werden Kompetenzerwartungen formuliert, die die Schüler in dem jeweiligen Themengebiet zum Ende der Schuleingangsphase und am Ende des 4. Schuljahres erreicht haben sollen. Die für die genannten Bereiche formulierten Kompetenzerwartungen sind in Tabelle 4.1 aufgeführt. (Die im Lehrplan aufgeführten Beispiele werden nur soweit wiedergegeben, wie sie zum Verständnis notwendig erscheinen.)

¹⁵⁸ Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen, S. 11.

¹⁵⁹ „ebd.“

¹⁶⁰ vgl. Höfer: Jugend, Gesundheit und Identität, S. 307.

¹⁶¹ vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen, S.40-42.

Tabelle 4.1: *Kompetenzerwartungen im Lehrplan Sachunterricht für die Grundschule*¹⁶²

Bereich	Kompetenzerwartungen	
	am Ende der Schuleingangsphase	am Ende des 4. Schuljahrs
Natur und Leben: Körper, Sinne, Ernährung und Gesundheit	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • untersuchen und beschreiben die Bedeutung der eigenen Sinne in Alltagssituationen • ermitteln und beschreiben Leistungen und Aufgaben einzelner Sinnesorgane • erkunden und beschreiben unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten und deren Folgen 	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • erklären Bau und Grundfunktion des menschlichen Körpers • Erklärungsgrundsätze der Körperpflege, der gesunden Ernährung und der gesunden Lebensführung • formulieren Regeln und Tipps für eine gesunde Lebensführung
Raum, Umwelt und Mobilität: Schulweg und Verkehrssicherheit	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • zeichnen und beschreiben ihren Schulweg mit Hilfe markanter Punkte • beobachten und dokumentieren Verkehrssituationen aus dem Schulbezirk • dokumentieren Verkehrszeichen, vergleichen sie, erklären ihre Bedeutung und beachten sie 	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • wenden Verkehrsregeln sicher an, verhalten sich in Verkehrssituationen normgerecht • beschreiben, reflektieren und diskutieren die Verhaltensweisen von Verkehrsteilnehmern in Bezug auf verkehrsgerechte sowie umweltfreundliche Aspekte
Raum Umwelt und Mobilität: Verkehrsräume und Verkehrsmittel	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • erklären optische und akustische Zeichen geltende Verkehrsregeln und wenden diese als Fußgänger im Straßenverkehr an • untersuchen, reflektieren und beschreiben Merkmale sicherheitsorientierter Kleidung • fahren einen Parcours im Schonraum 	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • kennen und nutzen die Möglichkeiten des ÖPNV, benennen und reflektieren dessen Aufgaben und Bedeutung • beherrschen das Fahrrad motorisch sicher, nehmen an der Radfahrausbildung teil und verhalten sich verkehrsgerecht
Mensch und Gemeinschaft: Mädchen und Jungen	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • lernen ihren Körper kennen und bezeichnen ihre Körperteile einschließlich der Geschlechtsmerkmale von Mädchen und Jungen 	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • stellen die Entwicklung vom Säugling zum Erwachsenen dar
Mensch und Gemeinschaft: Freundschaft und Sexualität	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • beschreiben positive und negative Gefühle in Beziehungen und Situationen körperlicher Nähe 	Die Schülerinnen und Schüler <ul style="list-style-type: none"> • kennen Verhaltensempfehlungen in Risikosituationen (z.B. sexuelle Belästigung) • kennen die Bezeichnungen für die Geschlechtsorgane und wissen um deren Bedeutung für die sexuelle Entwicklung

Von den im Lehrplan für den Sportunterricht genannten Themengebieten lässt sich bei fast allen Inhalten eine gesundheitsfördernde Wirkung erwarten. Den engsten Bezug zu grundlegenden, gesundheitsrelevanten Inhalten beinhaltet der Bereich

¹⁶² „ebd.“, S. 43-49.

„Körper wahrnehmen und Bewegungsfähigkeit ausprägen.“ In Tabelle 4.2 sind die für diesen Bereich formulierten Kompetenzerwartungen aufgeführt.

Tabelle 4.2: Kompetenzerwartungen im Lehrplan Sport für die Grundschule¹⁶³

Bereich	Kompetenzerwartungen	
	am Ende der Schuleingangsphase	am Ende des 4. Schuljahrs
Den Körper wahrnehmen und Bewegungsfähigkeit ausprägen	<p>Die Schülerinnen und Schüler</p> <ul style="list-style-type: none"> • bewegen sich im Raum und nutzen dabei unterschiedliche Wahrnehmungshilfen • nehmen ihr Körperschema wahr und nutzen ihre Erfahrungen beim Spielen und Bewegen • erfahren Spannung und Entspannung als bewegungsrelevante Größen und stellen sie zielgerichtet her • erfahren die Reaktionen ihres Körpers bei Bewegungsbelastungen und beschreiben erste Ursache-Wirkungszusammenhänge • verbessern durch Üben ihre koordinativen und konditionellen Fähigkeiten und sprechen darüber 	<p>Die Schülerinnen und Schüler</p> <ul style="list-style-type: none"> • bewegen sich sicher im Raum und behalten die Bewegungssicherheit auch dann, wenn die akustische und/oder optische Wahrnehmung eingeschränkt oder ausgeschaltet wird • sind sich ihres Körperschemas bewusst und verhalten sich körpergerecht in der Ruhe und in der Fortbewegung • nutzen Spannung und Entspannung als bewegungsrelevante Größen, stellen sie bewusst her und wenden sie selbstständig im Schulalltag an • kennen die Ursache-Wirkungszusammenhänge von Körperreaktionen auf Bewegungsbelastungen und können sich individuell dosiert belasten • kennen elementare Regeln zur Verbesserung der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten, wenden sie an und kennen deren Bedeutung für ihr Bewegungshandeln

Darüber hinaus enthält der Lehrplan für Sport in der Grundschule Rahmenvorgaben, in denen „Gesundheit fördern, Gesundheitsbewusstsein entwickeln“ explizit als Unterrichtsprinzip für den Schulsport genannt wird.¹⁶⁴

Neben diesen beiden Fächern, denen eine besondere Zuständigkeit für gesundheitsbezogene Fragen und Verhaltensweisen zugewiesen wird, ist die Gesundheitserziehung und -förderung der Kinder eine „Querschnittsaufgabe“ der Grundschule, die nicht nur alle Fächer durchdringt, sondern den ganzen Lebensraum Schule prägen soll. *„Es ist jedoch auch nicht zu übersehen, dass der bisherige Mangel an Verbindlichkeit bei gesundheitlichen Themen in der Schule dazu geführt hat, dass diese Aufgabe angesichts vieler scheinbar viel dringlicher Unterrichtsthemen, Bildungsziele und organisatorische Zwänge oft in den Hintergrund gerät und keine personelle Verantwortung dafür besteht.“*¹⁶⁵

¹⁶³ „ebd.“, S. 119f.

¹⁶⁴ „ebd.“, S. 139.

¹⁶⁵ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 316.

Eine solche Kritik an der Wirksamkeit gegenwärtiger schulischer Gesundheitserziehung geht dann teilweise mit der Forderung einher, ein Unterrichtsfach „Gesundheitserziehung“ einzuführen, in dem die umfangreichen gesundheitsbezogenen Inhalte verortet werden können, sodass die Gesundheitserziehung weniger von dem freiwilligen Engagement der Lehrkräfte abhängig ist. Als eigenständiges Unterrichtsfach - so die Annahme - könnte die Gesundheitserziehung sowohl gegenüber anderen Fächern, wie auch in der Lehrerbildung an Bedeutung gewinnen. Entgegnet wird dieser Forderung mit dem Einwand, dass ein Unterrichtsfach „Gesundheitserziehung“ die vielfältigen Inhalte dann in die engen Grenzen eines Einstundenfaches verweist.¹⁶⁶

Generell ist an die Gesundheitserziehung in der Grundschule die Erwartung geknüpft, dass Gesundheit, bzw. Gesundheitsverhalten ebenso ein Lern-Gegenstand wie jeder andere ist, sodass es über Wissensvermittlung und Verhaltensformung in eine bestimmte Richtung beeinflusst werden kann. Trotz einiger Erfolge einer an der Medizin orientierten Gesundheitserziehung kommt Hörmann zu dem Ergebnis, dass die Gesundheitserziehung in dieser Form die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt: *„Als strukturelle Mängel dieser Varianten von Gesundheitserziehung wurden gleichwohl neben der Kritik an seinem ausgeprägten Individualismus die verdeckte Krankheitsorientierung, ein nicht minder ausgeprägter Autoritarismus sowie die Assoziation mit einem asketischen und langweiligen Lebensstil angeprangert.“*¹⁶⁷

Auch von Troschke kam bereits 1993 zu dem Erkenntnis, *„[...] dass die Effektivität der schulischen Gesundheitserziehung gering und die Verbreitung von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen ebenso wie von Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen groß sind [...]“*¹⁶⁸, weshalb er eine Abkehr von der klassischen Gesundheitserziehung hin zu einer Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz forderte. Gesundheitsförderung geht für ihn über die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Kenntnissen hinaus, sie ist *„[...] nicht mehr und nicht weniger als die Vermittlung von Fähigkeiten zum gemeinsamen Überleben in einer sich wandelnden Welt.“*¹⁶⁹ Nach Breithecker steht das Prinzip *„Gesundheit leben“* vor dem Prinzip *„Gesundheit lehren“*.¹⁷⁰

Schulen, an denen der Gesundheitsförderung eine besonders große Bedeutung zukommen soll, haben diesen Schwerpunkt zumeist in ihrem Schulprogramm festgeschrieben. Als *„Gesunde Schule“* oder *„Bewegte Schule“* haben sie sich einer über die einzelnen Fächer hinausgehenden, ganzheitlichen Gesundheitsförderung verschrieben.

¹⁶⁶ vgl. Emundts: Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen bildungspolitischer Diskussion. In: Priebe/Israel/Hurrelmann (Hrsg.): *Gesunde Schule*, S. 284.

¹⁶⁷ vgl. Hörmann: Gesundheitserziehung. In: Einsiedler u.a. (Hrsg.): *Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik*, S. 691.

¹⁶⁸ von Troschke: Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in der Schule. In: Priebe/Israel/Hurrelmann (Hrsg.): *Gesunde Schule*, S. 11.

¹⁶⁹ „ebd.“, S. 34.

¹⁷⁰ vgl. Breithecker: *Arbeitsplatz Schule – Wie sieht das Klassenzimmer der Zukunft aus?*, S. 17.

4.1.2.2 Gesundheitsförderung als Bestandteil des Schulprogramms

Die Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz erfordert eine umfassende Ausrichtung des ganzen Schullebens auf eine gesundheitsbezogene Schulkultur, die in der Regel als Leitbild im Schulprogramm verankert wird.

„Das von allen Beteiligten gestaltete Schulprogramm repräsentiert das grundlegende Konzept der pädagogischen Zielvorstellungen und der Entwicklungsplanung einer Schule. In ihm legt jede Schule auf der Grundlage ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags sowie der Richtlinien und Lehrpläne die besonderen Ziele und Schwerpunkte ihrer pädagogischen Arbeit fest. Einbezogen werden die spezifischen Voraussetzungen der Schülerschaft, die Gegebenheiten der Schule und ihres regionalen Umfeldes. Das Schulprogramm bestimmt zugleich die Ziele und Handlungskonzepte für die weitere Entwicklung ihrer Arbeit.“¹⁷¹

Eine gesundheitsfördernde Schule ist eine Schule, die „Gesundheit“ zum zentralen Thema erklärt. Über die Festschreibung der Gesundheitsförderung im Schulprogramm können dabei gleichermaßen Schulentwicklung und Gesundheitserziehung vorangetrieben werden. Ein solcher ganzheitlicher Ansatz verspricht theoretisch-konzeptionell eine höhere Wirksamkeit als die Aufarbeitung von gesundheitsbezogenen Themen in einzelnen Stunden, da er äußere (z.B. Kooperation mit außerschulischen Partnern, Schulraumgestaltung) und innere Veränderungen (z.B. schulinterne Schwerpunktsetzung, etwa bei Projektwochen) miteinander verknüpft. Homfeldt/Barkholz (1993) betonen, dass sich aus einer solchen Selbstverpflichtung zur Gesundheitsförderung ein spezifisches Schulprofil, eine eigene Schulidentität entwickeln könne, die im Idealfall über eine Verbindung zu dem sie umgebenden Einzugsgebiet sogar Strahlkraft auf das soziokulturelle Umfeld der Kinder besitzt.¹⁷² Daher bietet sich eine Öffnung der Schule und die Kooperation mit verschiedenen außerschulischen Partnern und Einrichtungen an (vgl. 4.1.2.3).

Bei der Umsetzung dieser Ziele bedarf es zum Ersten eine methodisch-didaktische Unterrichtsgestaltung, die den Einzelnen in den Mittelpunkt des Unterrichts rückt. Im Sinne eines Schüler- und Handlungsorientierten Unterrichts (vgl. Kapitel 4.4) wird bei den Erfahrungen und Verhaltensweisen des einzelnen Kindes angesetzt. Der Schüler soll sich selbst in seiner Körperlichkeit erfahren und dazu ermutigt werden, selbstständig zum Erhalt und zur Verbesserung seiner Gesundheit beizutragen. Zum Zweiten schafft die gesundheitsfördernde Schule eine Infrastruktur, die gesundheitsbezogene Verhaltensweisen anregt und gesundheitsschädigende Einflüsse mindert. Dies erfolgt etwa über eine ansprechende Gestaltung des Schulgebäudes und -hofs, durch die Ausstattung mit gesundheitsfreundlichem Mobiliar, durch flexible Unterrichtsgestaltung und wertschätzende Kommunikationsformen. Gesundheitsförderung an der Grundschule heißt jedoch nicht nur, sich auf die Vermittlung gesundheitsrelevanter Kompetenzen innerhalb der Schule zu beschränken, sondern bedeutet zum Dritten ebenso auch auf das soziale

¹⁷¹ Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen, S. 19.

¹⁷² vgl. Homfeldt/Barkholz: Eckpunkte schulpraktischer Gesundheitsförderung. In: Priebe/Israel/Hurrelmann (Hrsg.): Gesunde Schule, S. 84; 97.

Umfeld der Schüler einzuwirken.¹⁷³ Die gesundheitsfördernde Schule verknüpft über diese drei Bausteine Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander.

Das Landesinstitut für Schule und Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen regt die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schulstruktur mit Hilfe eines Fünf-Phasen-Modells an:

1. Phase: Von der Orientierung und Mobilisierung bis zur ersten Zielbestimmung
2. Phase: Von der Situationsanalyse bis zur ersten Problembestimmung
3. Phase: Von der Handlungsplanung bis zum konkreten Zielprogramm
4. Phase: Von der Programmdurchführung bis zur Implementierung
5. Phase: Von der Evaluation bis zur Revision und Neuplanung.¹⁷⁴

Das Handbuch gibt auf über 300 Seiten detaillierte Hinweise und methodische „Werkzeuge“ zur Analyse des eigenen Gesundheitsverständnisses, zur thematischen Sensibilisierung des Kollegiums, zum Umgang mit Widerständen und Barrieren und präsentiert ein kleinschrittiges Vorgehen bei der Zielentwicklung und -verfolgung. Das Ziel ist es dabei nicht, einmalige oder gelegentliche gesundheitsbezogene Projekte zu initiieren, sondern die schrittweise Umgestaltung des Schullebens hin zu einer gesundheitsfördernden Schule.

Am Beispiel einer Berliner Grundschule soll gezeigt werden, wie sich eine Grundschule zu einer gesundheitsfördernden Lernumwelt entwickeln kann. (Weitere Beispiele finden sich im Kapitel 10.3). Bereits 1996 beschloss das Lehrerkollegium der Berliner Grundschule am Hollerbusch die Gesundheitserziehung, mit Schwerpunkt Rückengesundheit, zu einem festen Bestandteil des Schulprogramms werden zu lassen. Hierzu wurden die folgenden Maßnahmen umgesetzt:

- Ausstattung der Klassen- und Horte Räume mit rückenfreundlichen Möbeln, die ergonomische („dynamische“) Sitzhaltungen ermöglichen, sowie mit Materialien, die zu Bewegungspausen anregen;
- Einführung regelmäßiger Bewegungs-, Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen;
- Vermittlung von rückenspezifischen Kenntnissen und Bewegungsabläufen („Rückenschule“);
- bewegte Pausen;
- eine zu Bewegung anregende Schulhofgestaltung;
- zusätzliche Einrichtungen (Psychomotorik-Raum, Schul-Station, Bewegungs-Baustelle) zur Behebung motorischer Defizite, als Ruheraum oder zur Stressregulation.¹⁷⁵

In einer gesundheitsfördernden Schule werden gesundheitsbezogene Inhalte und der fachliche Unterricht keinesfalls als Konkurrenten um knappe zeitliche Ressourcen angesehen, vielmehr wird davon ausgegangen, dass sich Gesundheit und Bildung gegenseitig bedingen: *„Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für erfolgreich*

¹⁷³ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 320.

¹⁷⁴ vgl. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung in Zusammenarbeit mit dem Gemeindeunfallversicherungsverband (GUUV) Westfalen Lippe (Hrsg.): Lehrerfortbildung in Nordrhein Westfalen: Gesundheitsförderung in der Schule. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen. Soest: Verlag für Schule und Weiterbildung 1998.

¹⁷⁵ vgl. Soost/Gamrath: Gesundheitsfördernde Schule. In: Grundschulunterricht 6/2007, S. 27-30.

*verlaufende Bildungsprozesse, wie bessere Bildung eine bessere Gesundheit verspricht [...].*¹⁷⁶

Allerdings ist auch zu bedenken, dass je weitreichender eine Zielsetzung ist, desto größer ist auch die Gefahr, dieses Ziel zu verfehlen, etwa wenn einzelne Lehrer nicht von der Idee einer gesundheitsfördernden Schule überzeugt werden können, sodass das selbstgeschaffene Leitbild weder in seiner Quantität noch in der Qualität umgesetzt werden kann.

4.1.2.3 Kooperationen mit außerschulischen Partnern

In den Richtlinien für die Grundschule werden die Schulen aufgefordert, bei der Erfüllung ihrer vielfältigen Aufgaben mit anderen Schulen und mit außerschulischen Partnern zusammenzuarbeiten. *„Ziel dieser Kooperation ist es, den Unterricht und das Schulleben durch außerschulische Lernorte zu bereichern, die pädagogische Leistungsfähigkeit zu steigern und verlässliche Betreuungsangebote außerhalb des Unterrichts zu sichern.“*¹⁷⁷

Die Grundschule wird räumlich als soziale Infrastruktur in ihrer Gemeinde verstanden und soll innerhalb des Lebensraumes ihrer Schüler mit den vorhandenen außerschulischen Institutionen kooperieren. Begründet wird diese Öffnung der Schule nach außen mit den sich verändernden Sozialisationsbedingungen (vgl. Kapitel 4.2) und - damit zusammenhängend - eines zunehmend heterogenen Schülerklientels, zu dessen optimalen Förderung die Kenntnisse außerschulischer Fachleute sinnvoll erscheinen. Dies darf allerdings keinesfalls dazu führen, dass die entsprechende pädagogische Aufgabe vollständig an den außerschulischen Partner übertragen wird. Vielmehr erscheinen solche Kooperationen dann erfolgsversprechend zu sein, wenn sie von den Lehrpersonen, den Schülern und den außerschulischen Partnern gemeinsam geplant und durchgeführt werden.¹⁷⁸

*„Die konkreten Kontakte zu lokalen und kommunalen Institutionen sind dann nicht nur Voraussetzung oder Hilfsquellen des Lernens und der schulischen Arbeit geworden, sondern konstituieren auch die pädagogische Kultur einer Schule und ihrer Gemeinde. Die hinter diesen grundschulpädagogischen Innovationen stehenden Veränderungen in den familiären Aufwuchsbedingungen bzw. die hohe gesellschaftliche Dynamik weisen mit Nachdruck auf die Notwendigkeit hin, Kooperationen zwischen den Institutionen der Schul-, Jugend- und Kulturbereiche und zwischen den Berufsgruppen mitgestalten zu lernen.“*¹⁷⁹

Speziell für den Bereich der Gesundheitsförderung an Schulen wären in dem Zitat solche Einrichtungen zu ergänzen, deren Domäne gesundheits- und sicherheitsbezogene Fachkenntnisse umfasst, z.B. Polizei, Feuerwehr, Krankenkassen und vergleichbare Einrichtungen.

¹⁷⁶ Paulus: Die Gesundheitsfördernde Schule, S. 11.

¹⁷⁷ Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen, S. 20.

¹⁷⁸ Buddeberg-Fischer/Ritzmann: Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Schule, S. 200.

¹⁷⁹ Hopf: Grundschule und außerschulische Institutionen. In: Einsiedler u.a. (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik, S. 98.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, wenn sich gesundheitsfördernde Schulen nicht nur gegenüber außerschulischen Partnern öffnen, sondern auch untereinander vernetzen. Solche Netzwerke - zumeist unter der Schirmherrschaft des zuständigen Ministeriums - sichern nicht nur das Engagement der einzelnen Schule „top down“ ab, es bieten sich durch Kooperation verschiedene Synergie-Effekte an, sodass Ressourcen besser genutzt werden können.¹⁸⁰ Für Nordrhein-Westfalen wäre v.a. das ursprüngliche Gesundheits-Netzwerk „OPUS-NRW“ zu nennen, das mittlerweile unter dem Titel „Bildung und Gesundheit“ fortgeführt wird. In dem Netzwerk sind aktuell (Stand: Oktober 2010) 700 Schulen und 300 Kindertageseinrichtungen verknüpft und werden durch das Land in ihren gesundheitsbezogenen Aktivitäten unterstützt. Hierzu zählen:

- fachliche und wissenschaftliche Beratung,
- Bereitstellung von Medien und weiteren Materialien,
- Informations- und Serviceangebote,
- Vermittlung von Kooperationspartnern,
- finanzielle Förderung.¹⁸¹

Auf überregionaler Ebene stellt „Anschub.de - Programm für die gute gesunde Schule e.V.“¹⁸² eine Initiative zur Optimierung und Unterstützung gesundheitsbezogener Schul-Projekte dar.

4.2 Sozialisationstheoretische Grundlagen

In diesem Kapitel sollen im Folgenden sozialisationstheoretische Grundlagen mit ihren Bezügen zum Gesundheitshandeln von Menschen dargestellt werden. Hierzu werden im ersten Unterkapitel 4.2.1 verschiedene sozialisationstheoretische Traditionslinien dargestellt. Am Ende des Abschnitts soll mit der Lebensstil-Theorie ein alltagsnahes Modell für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen aufgezeigt werden, das auch bereits für die Gesundheitsförderung in der Grundschule von Bedeutung ist. Im zweiten Unterkapitel 4.2.2 werden die maßgeblichen Sozialisationsinstanzen für Kinder im Grundschulalter hinsichtlich ihrer jeweiligen gesundheitssoziologischen Bedeutung diskutiert.

4.2.1 Sozialisationstheorien

Die Integration des Einzelnen in die Gesellschaft vollzieht sich im Laufe der individuellen Entwicklung in vielfältigen und komplexen Prozessen, die unter dem Begriff „Sozialisation“ zusammengefasst werden. Mit Sozialisation werden dabei alle Einflüsse (d.h. alle intendierten und nicht-intendierten) bezeichnet, die von Seiten der sozialen Umwelt auf ein Individuum und dessen Persönlichkeitsentwicklung einwirken.¹⁸³ In verschiedenen Sozialisationstheorien wird dem Subjekt, in der Auseinandersetzung mit der materiellen und sozialen Umwelt, im Sozialisationsprozess unterschiedlich viel eigene Aktivität zuerkannt.

¹⁸⁰ vgl. Paulus: Die Gesundheitsfördernde Schule, S. 14.

¹⁸¹ www.schulministerium.nrw.de/BP/Schulsystem/Projekte/Gesundheitserziehung.html (05.10.09).

¹⁸² www.anschub.de (05.10.09).

¹⁸³ vgl. Tillmann: Sozialisationstheorien, S. 10.

Als zentrale Sozialisationsagenturen im Kindes- und Jugendalter sind neben der Familie und der Schule, die Unterhaltungsmedien und die Peergroup anzusehen (vgl. Kapitel 4.4.2). Mit sozialisationstheoretischen Erkenntnissen lassen sich etwa unterschiedliche Verhaltensweisen von Jungen und Mädchen erklären, oder auch die Übernahme gesundheitsbezogener bzw. weniger gesundheitsbezogener Lebensgewohnheiten verstehen.

Nach Tillmann (2003) muss eine umfassende Sozialisationstheorie die folgenden Ansprüche erfüllen:

- Sie hat die aus der Psychologie kommenden Erkenntnisse über die innerpsychischen Prozesse aufzugreifen.
- Sie muss von einem aktiv handelnden Subjekt ausgehen, darf den Einzelnen nicht auf ein Objekt im Sozialisationsprozess reduzieren.
- Sie muss erklären können, wie sich Persönlichkeitsmerkmale auf das Handeln auswirken und wie sich die Persönlichkeit eines Menschen in dessen Auseinandersetzung mit seiner Umwelt verändert.
- Sie muss die wechselseitige Abhängigkeit von Individuation und Vergesellschaftung erklären können.
- Sie muss die strukturellen Einflüsse (auf den verschiedenen Ebenen der sozialen Umwelt) auf die Persönlichkeitsentwicklung erklären können.¹⁸⁴

Tillmann sieht die Entwicklung einer Sozialisationstheorie, die alle diese Punkte berücksichtigt, allerdings noch nicht als abgeschlossen an.

Um einen Überblick über das komplexe Sozialisationsgeschehen zu gewinnen, ist es zur Orientierung sinnvoll, verschiedene Ebenen zu unterscheiden, auf denen Sozialisationsprozesse stattfinden. In der sozialisationswissenschaftlichen Forschung dominieren Modelle, die drei bis fünf Ebenen berücksichtigen. Geeignet erscheint mir zunächst ein vereinfachtes Modell, das nur drei Ebenen unterscheidet, auf denen Sozialisationsprozesse ablaufen: die Ebene der Gesamtgesellschaft und die Formen ihrer Institutionen (Makroebene), die Ebene der direkten Interaktion einzelner Subjekte (Mikroebene) und eine innerpsychische Ebene, auf der die innere Verarbeitung der äußeren Umwelt stattfindet.¹⁸⁵ Hurrelmann hat diese dritte Ebene mit der griffigen Charakterisierung von Sozialisation als aktive und produktive Auseinandersetzung von „*innerer und äußerer Realität*“ betont. Hierbei wird Sozialisation nicht als bloße Verinnerlichung äußerer Strukturen angesehen, sondern vielmehr als eine „*erfolgreiche Behauptung von Subjektivität und Identität*“.¹⁸⁶

Ein ausführlicheres, vierstufiges Mehrebenen-Modell wird mit der ökologischen Entwicklungstheorie von Urie Bronfenbrenner (1981) skizziert. Anknüpfend an die Arbeiten von Lewin und Piaget untersucht Bronfenbrenner den Einfluss verschiedener Lebensräume und die mit ihnen verknüpften Sozialisationsbedingungen auf die individuelle Entwicklung. Entwicklung und Sozialisation sind in dem von Bronfenbrenner entworfenem Modell unauflösbar miteinander verwoben, sie vollziehen sich in der schrittweisen Erschließung von

¹⁸⁴ vgl. „ebd.“, S. 30.

¹⁸⁵ Eine Übersicht über die Festlegung verschiedener Ebenen für eine Mehrebenenanalyse findet sich bei Liegle: Kulturvergleichende Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann/Ulich (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung, S. 218.

¹⁸⁶ Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 15-21.

Lebensräumen. Objektive Umweltbedingungen und die subjektive Wahrnehmung dieser gegebenen Umwelt beeinflussen dabei gleichermaßen die individuelle Entwicklung.¹⁸⁷

Bronfenbrenners Theorie basiert auf einem Modell aus vier verschiedenen, ineinander verschachtelten Umweltkontexten (Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystem), in denen das Individuum mit anderen Menschen oder den Institutionen der jeweiligen Systemebene interagiert.¹⁸⁸ Das Mikrosystem ist dabei die Ebene der unmittelbaren Lebensbereiche. Als Muster für ein solches Mikrosystem wäre die Familie zu nennen. Sie ist durch bestimmte materielle Gegebenheiten (Wohnverhältnisse, Einkommen der Eltern, ...), bestimmte Rollenverhältnisse (Eltern, Kinder, Geschwister) und Handlungsmöglichkeiten organisiert. Mikrosysteme werden im wahrsten Sinne des Wortes „erlebt“¹⁸⁹, d.h. die Art und Weise, wie ihre objektiven Bedingungen wahrgenommen werden, ist für die Entwicklung und die Sozialisation besonders bedeutsam. Nach der Einschulung kommt mit der Schule ein zweites Mikrosystem hinzu, das ebenfalls auf die kindliche Entwicklung Einfluss nimmt. Die Wechselbeziehungen zwischen zwei (oder mehr) solcher Settings werden als Mesosystem bezeichnet. Ein Mesosystem ist somit ein System aus verschiedenen Mikrosystemen. Das Exosystem umfasst diejenigen Settings, in denen sich das Subjekt nicht direkt bewegt, durch die es aber indirekt beeinflusst wird. Für einen Grundschüler wäre ein solches Setting z.B. der Arbeitsplatz des Vaters; als Auswirkungen wären mögliche vom Vater unbewältigte Arbeitsbelastungen und Konflikte, die das Familienleben beeinträchtigen, denkbar. Als Makrosystem zählt die Gesamtgesellschaft (oder auch einzelne Subkulturen) und die in ihnen dominierenden Normen und Werte.¹⁹⁰

Entwicklung stellt sich in Bronfenbrenners Theorie zum einen als erweiterte bzw. differenzierte Umweltwahrnehmung dar und zum anderen als ein zunehmendes Handlungsspektrum bei der Bewältigung bzw. der Gestaltung der Umwelt. Bronfenbrenner definiert Entwicklung daher auch als „[...] *Prozeß, durch den die sich entwickelnde Person erweiterte, differenziertere und verlässlichere Vorstellungen über ihre Umwelt erwirbt. Dabei wird sie zu Aktivitäten und Tätigkeiten motiviert und befähigt, die es ihr ermöglichen, die Eigenschaften ihrer Umwelt zu erkennen und zu erhalten oder auf nach Form und Inhalt ähnlich komplexem oder komplexerem Niveau umzubilden.*“¹⁹¹ Dieser Prozess verläuft umso problemloser, je mehr ein Kind die Erfahrungen und Verhaltensstrategien, die es auf der einen Systemebene erworben hat, auch auf den anderen Ebenen anwenden kann.¹⁹²

Wie sich das Zueinander der verschiedenen Systemwelten auf die Ausbildung gesundheitsorientierter Verhaltensweisen eines Heranwachsenden auswirken kann, soll an den folgenden Fragen aufgezeigt werden:

- Welche Gesundheitsvorstellungen sind in der Familie dominierend? (Mikrosystem)

¹⁸⁷ vgl. „ebd.“, S. 77ff.

¹⁸⁸ vgl. Bronfenbrenner: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung, S.19

¹⁸⁹ „ebd.“, S. 38.

¹⁹⁰ vgl. „ebd.“, S. 41ff.

¹⁹¹ „ebd.“, S. 44.

¹⁹² vgl. „ebd.“, S. 52.

- Stimmen die gesundheitserzieherischen Maßnahmen der Schule und des Elternhauses überein oder widersprechen sie sich? (Mesosystem)
- Welche gesundheitsbezogenen Wertorientierungen prägen den kulturellen Zeitgeist, welche werden über die Medien transportiert und welche durchdringen die Erziehungswirklichkeit in Familien und Schulen? (Makrosystem)

Im Grundschulalter ist vor allem der Übergang von dem Mikrosystem „Familie“ auf die schulische Systemwelt bedeutsam. Parallel erschließen sich aber auch über Freizeitaktivitäten (neue Freundeskreise durch schulische Kontakte) oder durch vermehrten Medienkonsum neue Lebenswelten. Bronfenbrenner betont, dass der Übergang von einem Lebensbereich in einen anderen, wie er zum Beispiel bei der Einschulung geschieht, günstiger verläuft, wenn er nicht alleine vollzogen, sondern von anderen Person begleitet wird. Für die Einschulung bedeutet dies etwa, dass sich die Eltern intensiv mit den Bedingungen in der Schule auseinandersetzen, an Elternabenden teilnehmen und sich aktiv am Lebensbereich „Schule“ beteiligen sollten.¹⁹³

Für den Sozialisationsprozess ist nach Bronfenbrenner entscheidend, wie ein Subjekt eine Situation wahrnimmt und in diesen (bewussten und unbewussten) Prozess definiert. Umwelterfahrung und Wahrnehmung stehen dabei in einem dialektischen Verhältnis: So sind Umwelterfahrungen einerseits die Voraussetzung von Wahrnehmung, auf der anderen Seite ist die Wahrnehmung ebenso als Voraussetzung für die Gestaltung von Umwelt anzusehen. Der Einzelne wird somit zugleich zum Produkt und zum Gestalter seiner Umwelt. Bronfenbrenner zitiert an dieser Stelle Thomas/Thomas (1928) mit dem Satz: *„Situationen, die von Menschen als real definiert werden, haben reale Folgen.“*¹⁹⁴

Nach Bronfenbrenners Theorie vollziehen sich Entwicklung bzw. Sozialisation somit in einem komplexen Prozess, der sich aus den subjektiven Erfahrungen auf mehreren, interdependenten Systemebenen zusammensetzt. Auf der Ebene der einzelnen Mikrosysteme wirken die materielle Umwelt, die soziale Umwelt (Bezugspersonen, soziale Gruppen), aber auch visuell nicht sichtbare Elemente (wie Regeln für das Zusammenleben und Verhaltensnormen) auf den Heranwachsenden ein.¹⁹⁵ Eine zentrale Bedeutung kommt der sozialen Umwelt und den Interaktionen mit den darin eingebetteten, verschiedenen Erziehungsinstanzen zu. Für die Gesundheitsförderung, etwa für das Ernährungsverhalten, bedeutet dies:

*„Will man langfristig stabile Ernährungsumstellungen erreichen, dann folgt hieraus, dass eine Involvierung nicht nur von Einzelpersonen, sondern auch der jeweiligen Mikrosysteme angestrebt werden sollte, da andernfalls die Gefahr besteht, dass die bereits aufgebauten Gewohnheiten und die damit verbundenen Unterstützungssysteme Rückfälle in frühere Handlungsmuster begünstigen.“*¹⁹⁶

¹⁹³ vgl. „ebd.“, S. 199ff.

¹⁹⁴ „ebd.“, S. 39.

¹⁹⁵ vgl. Oerter: Kultur, Ökologie und Entwicklung. In: Oerter/Montana (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 72ff.

¹⁹⁶ Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 146.

Daraus folgt für die schulische Gesundheitsförderung, dass sie neben den Kindern auch deren Eltern, die Lehrer wie auch die Peergroup mit in den Blick zu nehmen hat. Auch wenn nicht alle diese Faktoren zu kontrollieren sind, so ist doch in jedem Fall deren potenzielle Einflussnahme zu bedenken. Aus einer sekundär-präventiven Perspektive ist vor diesem Hintergrund z.B. zu beachten, dass eine langfristige, schwere oder chronische Erkrankung nicht nur eine Entwicklungsaufgabe für den Erkrankten selbst, sondern auch für dessen soziales System, in das er eingebunden ist, darstellt.¹⁹⁷

Wie auf bzw. zwischen den verschiedenen Ebenen Sozialisationsprozesse ablaufen, lässt sich aus zwei unterschiedlichen soziologischen Theorietraditionen beschreiben: Zum einen die struktur-funktionalistische zum anderen die handlungstheoretische Sicht.

Die **struktur-funktionalistische Tradition** (als Hauptvertreter sind Parsons und Luhmann zu nennen) überträgt das organische Modell des Körpers auf die Gesellschaft. Als *Strukturen* werden alle statischen Aspekte eines Systems angesehen (die Organe eines Körpers bzw. die Institutionen einer Gesellschaft), während als *Funktion* alle prozesshaft-dynamischen Aspekte bezeichnet werden (z.B. Stoffwechsel des Körpers bzw. die Erziehung im Schulwesen). In Analogie zum Organismus wird auch die Gesellschaft als ein um Stabilität bemühtes System interpretiert. Untersucht wird, welche Funktionen die Institutionen in der Gesellschaft (bzw. die Individuen in den sozialen Systemen) übernehmen und wie dabei ein Gleichgewicht zwischen den inneren Strukturen des Menschen und den sozialen Strukturen der Gesellschaft hergestellt wird. Sozialisation hat demnach zum Ziel, die heranwachsende Generation in das bestehende System zu integrieren und so die Systemstabilität aufrechtzuerhalten.¹⁹⁸ Auf der Subjektebene wird Sozialisation im Strukturfunktionalismus daher etwas einseitig vor allem als Vergesellschaftung des Individuums verstanden, während dem Prozess der Persönlichkeitsentwicklung nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung zukommt.¹⁹⁹

Nach der Theorie von Parsons werden so im Durchlauf verschiedener unterschiedlich strukturierter Rollenbeziehungen (Mutter-Kind, Familienbeziehungen, Peergroup, Schule, Beruf,...) für die Eingliederung in die Gesellschaft grundlegende Wertorientierungen erworben. Kindergarten und Schule sind in diesem Sozialisationsprozess für Parsons von zentraler Bedeutung, da in ihnen „[...] *die universalistischen Wertorientierungen zum ersten Mal für Kinder und Jugendliche erlebbar praktiziert* [...]“²⁰⁰ werden. Eine solche universalistische Wertorientierung ist z.B. die Beurteilung von Schülerleistungen auf Grundlage eines einheitlichen Bewertungsschemas und nicht nach der Persönlichkeit des Kindes.

„Dieser Prozess der Sozialisation als Rollenverinnerlichung ist beinahe vom ersten Schultag an verbunden mit einer relativ systematischen und kontinuierlichen Bewertung der Schulleistungen: Lehrer(innen) erteilen Zensuren und Zeugnisse, loben und tadeln, belohnen und bestrafen. Dieser Bewertungsprozess führt zu

¹⁹⁷ Lohaus: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 20.

¹⁹⁸ vgl. Tillmann: Sozialisationstheorien, S. 118

¹⁹⁹ vgl. „ebd.“, S. 132.

²⁰⁰ Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 86.

*einer internen Differenzierung der Schulklasse in gute und weniger gute Schüler. Auf diese Weise lernen die Kinder, wie man in einer Gruppe einen Status erwirbt und verteidigt.*²⁰¹

Über diesen von Parsons beschriebenen Bewertungsprozess internalisieren die Kinder das schulische Leistungsprinzip - stellvertretend für das Leistungsprinzip einer (westlichen) Leistungsgesellschaft. Die Übernahme solcher Wertorientierungen ist die Voraussetzung für das Handeln in sozialen Rollen.

Gesundheit und Krankheit sind im systemtheoretischen Denken zwei dichotome Zustände im Sinne eines Funktionierens bzw. einer Störung der menschlichen Leistungsfähigkeit.²⁰² Gesundheit ist für den Einzelnen eine wichtige Ressource im Leistungs- um Konkurrenzprinzip der Gesellschaft. So kann ein gesunder Mensch seine sozialen Rollen funktional nutzbringender ausüben als ein Kranker.²⁰³ Parsons (1951) formulierte den Begriff der „Krankenrolle“.²⁰⁴ Mit der *Krankenrolle* gehen bestimmte Rechte, z.B. Freistellung von Schule und Beruf für die Krankheitsdauer, und bestimmte Rollenerwartungen einher. So erwartet man von dem Erkrankten „[...] *den Willen, wieder gesund werden zu wollen und die Bereitschaft, fachkundige Hilfe in Anspruch zu nehmen.*“²⁰⁵ Für die Gesamtgesellschaft ist ein hoher Krankenstand bedrohlich, da er das Funktionieren von Subsystemen gefährdet. Diese Erkenntnis führte zum Ende des 19. Jahrhunderts dazu, dass auf Druck des Militärs und der Industrieproduktion (als gesellschaftliche Subsysteme) die staatliche Gesundheitsförderung in Deutschland intensiviert wurde (vgl. Kapitel 7.2.1).

Handlungstheoretische Konzepte (u.a. von G.H. Mead) beschreiben, wie sich die menschliche Persönlichkeit durch die Interaktion mit der sozialen Umwelt entwickelt und wie in diesem Prozess das Rollenhandeln erlernt wird. Gegenüber dem Strukturfunktionalismus, der eher makro-soziologisch orientiert ist, betrachten handlungstheoretische Ansätze in erster Linie Prozesse auf der mikro-sozialen Ebene. Nicht die Prägung durch Institutionen, sondern das wechselseitig aufeinander bezogene Handeln einzelner Subjekte wird für die Herstellung von sozialer Ordnung und den Rollenerwerb als bedeutsam angesehen. Die Voraussetzung für eine funktionierende und rollengerechte Interaktion ist die Internalisierung gesellschaftlicher Werte und Normen, wobei die Internalisierung selbst wiederum das Resultat von Handlungen und Interaktionen ist. „*„Rollen“ sind hier nicht (wie in der strukturell-funktionalen Theorie) extern festgelegte Verhaltensanforderungen; sie werden vielmehr im Kommunikationsprozess zwischen Subjekten ausgehandelt und dabei individuell gestaltet.*“²⁰⁶ Die Vergesellschaftung des Einzelnen wird als „*role-taking*“, das individuelle Gestaltungspotenzial im Alltagshandeln als „*role-making*“ beschrieben.²⁰⁷ In den Interaktions-Prozessen sind sogenannte „*signifikante Symbole*“ von besonderer Bedeutung, da es erst durch diese möglich wird, dass

²⁰¹ Tillmann: Sozialisationstheorien, S. 128.

²⁰² Hierin besteht ein grundlegender Unterschied zum Modell der Salutogenese von Antonovsky (vgl. Kapitel 2.3).

²⁰³ vgl. Tillmann: Sozialisationstheorien, S. 133.

²⁰⁴ vgl. Parsons: The social system, S. 436f.

²⁰⁵ von Troschke: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 552.

²⁰⁶ Tillmann: Sozialisationstheorien, S. 139.

²⁰⁷ „ebd.“

Handlungsprozesse vorhersehbar werden. Dazu muss der Einzelne „[...] *sich selbst mit den Augen des anderen sehen und dessen Handlungen quasi als eigene vorwegnehmen können* (*‘Rollenübernahme’*).“²⁰⁸

Die gelungene Sozialisation des Einzelnen führt zu einer Ich-Identität, in der sich seine personale Identität und seine soziale Identität in einem gesunden Gleichgewichtsverhältnis befinden.

*„Ich-Identität wird somit als Balance beschrieben, die in jeder Interaktion geleistet werden muss. Auf der Ebene der sozialen Identität wird dabei vom Individuum verlangt, sich an normierten Verhaltenserwartung zu orientieren: Der Handelnde soll sein wie jeder andere. Auf der Ebene der personalen Identität wird von dem Individuum verlangt, sich als unverwechselbar und einmalig darzustellen: Es soll sein wie kein anderer.“*²⁰⁹

Die theoretische Grundlage liefert das von Mead entwickelte Persönlichkeitsmodell, das sich aus den Komponenten „Me“ (soziale Komponente), „Self“ (Selbstverständnis), „I“ (psychische Komponente) und „Mind“ (reflexives Bewusstsein) zusammensetzt. Durch das Zusammenspiel von *I*, *Me*, *Self* und *Mind* entwickelt sich nach Mead sowohl die individuelle Persönlichkeit als auch das soziale Handeln.

*„Insgesamt haben wir es beim Symbolischen Interaktionismus mit einer theoretisch eindrucksvollen Ausarbeitung eines Subjektverständnisses zu tun; denn der Identitätsbegriff vermeidet sowohl die idealistische Postulierung eines autonomen Ich als auch die deterministische Vorstellung eines massenhaft gestanzten Sozialcharakters - und kann dennoch die Abhängigkeit der Subjektentwicklung von gesellschaftlichen Bedingungen aufzeigen.“*²¹⁰

Aus handlungstheoretischer Perspektive entwickelt sich das Gesundheitshandeln eines Kindes in den Interaktionen zwischen Eltern - Kind, Schüler - Lehrer sowie den Kindern untereinander. Die Ausbildung gesundheitsorientierter Werthaltungen ist somit unter der Annahme eines aktiv mit der Umwelt interagierenden Subjekts, nicht alleine mit der Übernahme milieuspezifischer Vorstellungen erklärbar. Vielmehr erscheint ein Modell plausibel, das die bewussten Entscheidungen des Individuums und die gesellschaftlichen Bedingungen gleichermaßen einschließt. Strukturfunktionalismus und Handlungstheorie bieten aus verschiedenen Richtungen wichtige Erklärungsmuster an. Zur Beantwortung der Frage, wie sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen bei Kindern entwickeln, gilt es, die beiden Ansätze miteinander zu verknüpfen.

Eine solche Verbindung von sozial-strukturellen und handlungstheoretischen Ideen stellen **Milieu- und Lebensstiltheorien** dar. Diese knüpfen an der Tradition der Marx'schen Gesellschaftstheorie an, lösen sich aber von der Vorstellung, eindeutig voneinander abgegrenzter sozialer Klassen zu Gunsten einer Vielzahl an

²⁰⁸ vgl. Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 93.

²⁰⁹ vgl. Tillmann: Sozialisationstheorien, S. 141.

²¹⁰ „ebd.“, S. 159.

Lebenslagen, Milieus oder Lebensstilen.²¹¹ Die Auflösung des Klassenbegriffs durch die Lebensstile-Konzepte wurde u.a. von Beck (1986)²¹² mit der zunehmenden Individualisierung in der (post-)modernen Gesellschaft begründet. So haben im Laufe der letzten 100 Jahre neben der Arbeitstätigkeit andere Sozialisationsfelder an Bedeutung gewonnen; die gestiegene Bedeutung etwa der Freizeitsozialisation wird durch den, auf den Arbeits-Begriff fokussierten, Klassen-Begriff nicht berücksichtigt.²¹³ Der Lebensstil stellt dagegen ein Modell dar, das die gesamte Organisation des Alltagslebens umfasst. Hierunter fallen alle regelmäßig wiederkehrenden Verhaltensweisen, Interaktionen, Meinungen, Wissensbestände und wertende Einstellungen eines Menschen.²¹⁴ Damit kommt es zu einer Aufwertung der individuellen Gestaltungspotenziale gegenüber den objektiven Rahmenbedingungen, deren prägende Einflüsse damit aber keinesfalls vollständig negiert werden. Weiterhin wird implizit davon ausgegangen, dass mit bestimmten objektiven Lebensbedingungen bestimmte Mentalitäten, Einstellungen und Verhaltensweisen einhergehen.²¹⁵ Allerdings, so Hradil, lässt sich immer weniger von den äußeren Rahmenbedingungen auf „*innere Haltungen*“ schließen. Zwar legen bestimmte objektive Konstellationen subjektive Lebensweisen nahe und schließen andere eher aus, dennoch finden sich innerhalb gleicher Lagen auch völlig unterschiedliche Verhaltensweisen und Werthaltungen. Bedeutsamer als die soziale Rahmung sind nach Hradil das Geschlecht, das Alter und der Bildungsstand eines Menschen.²¹⁶ Für das Gesundheitshandeln von Menschen dürfen aber die prägenden Einflüsse der (sozialen) Umwelt keinesfalls unterschätzt werden, da sich in allen westeuropäischen Industrieländern ein konsistent hoher Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit nachweisen lässt (vgl. Kapitel 5.2). Das Lebensstile-Konzept ist ein Ansatz, die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten aufzugreifen, ohne die prägenden Umwelteinflüsse dabei aus dem Blick zu verlieren.

In der Soziologie finden sich die historisch ersten Verwendungen eines Lebensstilbegriffs bereits bei Max Weber (1864-1920), Georg Simmel (1858-1918), Thorstein Veblen (1857-1929) und Alfred Adler (1870-1937), bei denen bereits ein breites Spektrum im Zueinander von Struktur und Handlung zu finden ist. Weber verwendet den Begriff „*Lebensführung*“ und verknüpft ihn eng mit dem Standesbegriff. Einem Lebensstil entspreche demnach eine standesgemäße Lebensführung, die sich im Handeln und dem Erwerb standesgemäßer Statussymbole ausdrückt. Eine entgegengesetzte Perspektive findet sich bei dem Individualpsychologen Adler, der den Lebensstil an die Persönlichkeitsmerkmale der Individuen anbindet.²¹⁷

Gerhard Schulze (*1944) hat den Lebensstil als alltagsästhetische Kategorie begriffen, die eine strukturierende Funktion bei der Alltagsbewältigung einnimmt.²¹⁸ Die äußerlich sichtbare, ästhetische Dimension besitzt zudem eine unmittelbar

²¹¹ Auf eine detaillierte Unterscheidung wird an dieser Stelle verzichtet, genaueres hierzu findet sich bei Hradil: Soziale Ungleichheit in Deutschland, S. 36ff.

²¹² Beck: Risikogesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1986.

²¹³ vgl. Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 114ff.

²¹⁴ vgl. Hradil: Soziale Ungleichheit in Deutschland, S. 437.

²¹⁵ vgl. „ebd.“, S. 371; 426.

²¹⁶ vgl. „ebd.“, S. 488.

²¹⁷ vgl. Konietzka: Lebensstile im sozialstrukturellen Kontext, S. 18f.

²¹⁸ Zur Abgrenzung der verschiedenen Begriffe, siehe Schulze: Die Erlebnis-Gesellschaft, S. 130.

identitätsstiftende Funktion, die zur Stabilisierung der mit einem Lebensstil verbundenen Verhaltensweisen beiträgt. Hierzu nochmals Hradil:

„Den Menschen in modernen Gesellschaften wird ihr Lebensstil zunehmend selbst wichtiger. Sie definieren sich in wachsendem Maße nicht nur über beruflichen Erfolg und familiäres Glück, sondern auch über ihre persönliche Lebensweise. Sie gestalten und `stilisieren` ihr Leben oft sehr bewusst, sind dabei immer häufiger auch auf Außenwirkungen bedacht und machen gerade diese zum Maßstab für ein ge- oder mißlungenes Leben.“²¹⁹

Die drei grundlegenden von Schulze aufgezeigten Hauptmuster - als alltagsästhetische Schemata bezeichnet - sind:

- das Hochkulturschema
- das Trivialschema und
- das Spannungsschema.²²⁰

Diese Muster sind zwar in erster Linie für Erwachsene und noch weniger für Kinder und Jugendliche gültig. Gerade bei Grundschulkindern erscheint es abwegig, bereits von einem konsistenten Lebensstil zu sprechen, allerdings sind die Lebensstile der Eltern, neben dem besuchten Schultypus, als zentrale Größen bei der Ausbildung von Lebensstilen im Jugendalter anzusehen.²²¹ Ihre prägende Wirkung ist daher bereits auch für das Kindesalter anzunehmen. Etwa für die Ernährungsgewohnheiten ist bekannt, dass sich Kinder an den Geschmack der Speisen gewöhnen, die sie regelmäßig essen, was den Schluss nahelegt, dass sie die von den Eltern vorgelebte (und vorgesetzte) Lebensmittelswahl mit einer höheren Wahrscheinlichkeit übernehmen als ablehnen.²²²

Eine zentrale theoretische Fundierung findet das Lebensstile-Konzept bei Pierre Bourdieu (1930-2002), dessen Sozialraumanalyse zur Erklärung gesellschaftlicher Unterschiede auch in Lebensstiltypen zu übersetzen ist. Die zentrale Kategorie bei Bourdieu ist der Habitus. Dieser entwickelt sich in unterschiedlichen sozialen Milieus verschieden. Der Habitus wird durch die Umwelt geformt, besitzt aber zugleich eine individuelle Komponente, sodass man von einer „*doppelten Strukturierung*“²²³ sprechen kann: eine strukturierte Seite die durch die jeweiligen Lebensbedingungen bestimmt ist, und eine strukturierende Seite, die sich in Form individueller Lebensführung und Lebensstile ausdrückt. Lebensstile sind nach Bourdieu „*systematische Produkte des Habitus*“²²⁴. Der Bezug zum Gesundheitshandeln wird über Ernährungsgewohnheiten anschaulich: nach Bourdieu ist das bevorzugte Merkmal, in dem der Habitus einer Person (oder einer Gruppe) zum Ausdruck kommt, der Geschmack. Der Geschmack ist eine - dem Einzelnen nur in Teilen bewusste - Kategorie, die den Lebensstilen zu Grunde liegt. Den Geschmack definiert Bourdieu als „[...] *die Grundlage alles dessen, was man hat - Personen und*

²¹⁹ Hradil: Soziale Ungleichheit in Deutschland, S. 437.

²²⁰ vgl. Schulze: Die Erlebnis-Gesellschaft, S. 153ff.

²²¹ Gerhards/Rössel: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile, S. 31.

²²² vgl. Mensink/Kleiser/Richter: Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), S. 622.

²²³ vgl. Bauer: Das Präventionsdilemma, S. 96.

²²⁴ Bourdieu: Die feinen Unterschiede, S. 281.

*Sachen -, wie dessen, was man für die anderen ist, dessen, womit man sich selbst einordnet und von den anderen eingeordnet wird.*²²⁵

Hiermit wird die identitätsstiftende Funktion der Lebensstile unterstrichen. Der Geschmack entscheidet darüber, welche Gegenstände und welche Verhaltensweisen im Alltag bevorzugt werden, wobei die strukturierte Seite des Habitus dazu führt, dass bestimmte soziale Klassen durch für sie typische Geschmacks-Formen (unter Berücksichtigung individueller Variationen) gekennzeichnet sind. Die alltagsästhetische Kategorie des Lebensstils einer Klasse wird dabei durch materielle Gegebenheiten (etwa höherer Nahrungsbedarf bei körperlich arbeitenden Menschen oder das finanzielle Einkommen) beeinflusst, davon abhängig sind in unterschiedlichen sozialen Gruppen verschiedene Körperbilder dominierend. Darüber hinaus werden Lebensstile durch klassenspezifisch unterschiedliche Lebensentwürfen und Zukunftserwartungen geprägt, in diesem Zusammenhang beeinflussen sie auch gesundheitsbezogene Verhaltensweisen.

*„Dem unterschiedlichen Bezug zur Nahrung des täglichen Bedarfs liegt mithin eine jeweils andere Einstellung zur Zukunft zugrunde, welche wiederum selbst in einem zirkulären Kausalverhältnis zu einer jeweiligen objektiven Zukunft steht: [...] Für diejenigen, die - wie es so heißt - keine Zukunft haben, die jedenfalls von dieser wenig zu erwarten haben, stellt der Hedonismus, der Tag für Tag zu den unmittelbar gegebenen seltenen Befriedigungsmöglichkeiten (‘die günstigen Augenblicke’) greifen lässt, allemal noch die einzig denkbare Philosophie dar.“*²²⁶

Um das erklärende Potenzial dieser Passage zu unterstreichen: Das häufig ungesündere Verhalten von Personen aus unteren sozialen Schichten erklärt sich auch über deren bewusst (oder unbewusst) erfahrene Perspektivlosigkeit. Gesundheitsverhalten ist weitgehend zukunftsorientiert, das Alltagshandeln der Betroffenen dagegen gegenwartsorientiert, was zum Ausleben langfristig ungesunder, aber kurzfristig attraktiver Verhaltensweisen führt. Diese Verhaltensweisen können dabei sogar zunächst eine gesundheitserhaltende Wirkung haben (z.B. Suchtmittelkonsum als Mittel der Stressbewältigung). Ein solcher, theoretisch begründbarer Zusammenhang von sozialer Herkunft und bevorzugten Lebensstile erklärt auch den Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Herkunft, der sich weitgehend konsistent in allen westeuropäischen Ländern und bei zahlreichen Gesundheitsstörungen zeigt (vgl. Kapitel 5.2 und 7.5).

Gerhards/Rössel (2003), die den Zusammenhang von Ernährungsverhalten und Lebensstilen bei Jugendlichen untersucht haben, bezeichnen den Lebensstil als *„[...] einen erprobten, bewährten und insofern sinnvollen Gesamtzusammenhang von Alltagsroutinen, Symbolen und Verhaltensmustern [...] Wir gehen nun von der Vermutung aus, dass was, wie viel, wo und mit wem Menschen essen und trinken - kurz ihr Ernährungsverhalten - entscheidend von ihren Lebensstilen beeinflusst wird, ja dass das Ernährungsverhalten ein integraler Bestandteil unterschiedlicher Lebensstile ist. Genau dieser Zusammenhang könnte auch erklären, warum Ernährungsweisen häufig so resistent gegenüber Änderungsbemühungen sind. Denn*

²²⁵ „ebd.“, S. 104.

²²⁶ „ebd.“, S. 296f.

*eine Änderung von Essen und Trinken erfordert häufig eine Veränderung des gesamten Lebensstils und damit der gesamten Alltagsroutinen eines Menschen.*²²⁷

Die Autoren fanden in Anlehnung an die von Schulze aufgestellten alltagsästhetischen Schemata bei Jugendlichen die folgenden Lebensstile:

- Hochkulturschema (u.a. Lesen, Theaterbesuche, klassische Musik),
- Sportschema,
- Fernsehschema,
- Innerhäusliches Spannungsschema (u.a. Computerspiele, Internet),
- Außerhäusliches Spannungsschema (u.a. Disco, Kino, Jugendclubs).²²⁸

Auch nach Hurrelmann (1994) eignet sich das Lebensstilkonzept für die Beschreibung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen:

*„Mit dem Konzept der Lebensweise ist ein gestalthaftes und relativ stabiles Bündel von gesundheitsrelevanten Handlungsmustern bezeichnet, welches sich aus lebensgeschichtlichen Prozessen und aus den konkreten sozialen Beziehungen heraus bildet. Es handelt sich um praktizierte und habituelle Muster, die den beteiligten Personen nicht unbedingt bewusst verfügbar sein müssen. Im Lebensstil drücken sich ganz bestimmte Muster der Problemlösung und der Lebensbewältigung aus, die sich als subjektiv tragbar und als sozial akzeptiert erwiesen haben.“*²²⁹

Mit dem Lebensstilkonzept ist somit ein Modell gegeben, das soziale und personale Einflussfaktoren kombiniert, und eine ideale sozialisationstheoretische Ergänzung zu den ganzheitlichen Entwicklungstheorien liefert, bei denen sowohl Individuum als auch Umwelt aktiv am Entwicklungsprozess beteiligt sind. Da Ernährungs- und Bewegungsverhalten, im weitesten Sinne der Bereich der gesamten Freizeitgestaltung, elementar zum Lebensstil eines Menschen dazu gehören, lassen sich auch gesundheitsbezogene Verhaltensweisen mit dem Lebensstile-Konzept hinreichend nachvollziehen. Wenn man etwa Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten als Ausprägungen eines jeweils ganz bestimmten Lebensstils ansieht, welcher sich aus subjektiven Entscheidungen und aus Prägungen der sozialen Umwelt zusammensetzt, erklärt dies, warum Interventionsmaßnahmen vielfach ins Leere zielen, da die mit den Lebensstilen verknüpften Verhaltensgewohnheiten als besonders stabil gegenüber Veränderung anzusehen sind.²³⁰

Moderne Ansätze der Gesundheitsförderung versuchen diese Bedeutung der Lebensstile für das gesundheitsbezogenen Handeln stärker zu berücksichtigen, was bedeutet, dass sie sich von der primär kognitiven Ausrichtung von Schule als Lernort verabschieden und ganzheitliche Erfahrungen ermöglichen. Zu diesen Ansätzen zählt das Konzept der „Gesunden Schule“ (vgl. Kapitel 4.1.2.2) auf der systemischen

²²⁷ Gerhards/Rössel: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile, S. 12.

²²⁸ „ebd.“, S. 46.

²²⁹ Hurrelmann: Sozialisation und Gesundheit, S. 138.

²³⁰ Gerhards/Rössel: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile, S. 12.

Ebene, oder die unter Kapitel 4.4. formulierten Prinzipien der Schüler- und Handlungsorientierung auf der didaktischen Ebene.²³¹

4.2.2 Sozialisationsagenturen

Als die wichtigsten Sozialisationsagenturen im Grundschulalter sind die Familie, die Grundschule, die Peergroup und die Massenmedien zu nennen. Die Summe der im Folgenden aufgeführten Veränderungen innerhalb und im Verhältnis zwischen den verschiedenen Sozialisationsagenturen werden als „*sozialer Wandel*“²³² bezeichnet, der für den Heranwachsenden neue Möglichkeiten (im Vergleich zu vorhergehenden Generationen), aber auch neue Belastungen (mithin gesundheitsschädigenden Konsequenzen) für die Persönlichkeitsentwicklung mit sich bringt. Die sich wandelnden Sozialisationsbedingungen haben zur Folge, dass sich auch die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern geändert haben. Diese Auswirkungen werden als „*veränderte Kindheit*“ bezeichnet, sie bieten gleichermaßen Chancen und Risiken für gegenwärtig heranwachsende Kinder, wie die folgende Auflistung der diskutierten Aspekte einer veränderten Kindheit belegt: „[...] *Verhäuslichung, Verinselung, Mediatisierung und Institutionalisierung von Kindheit, Emotionalisierung und Egalisierung von familialer Interaktion sowie Destabilisierung familialer Sozialisation, Abschwächung von Altersnormen, Pluralisierung von Lebensstilen, größere Optionsvielfalt, Termin- und Konsumkindheit, gewachsene Bedeutung von Selbstinitiative und selbstständiger Lebensplanung.*“²³³ Diese Entwicklungstendenzen lassen sich als Herausforderung gleichermaßen für die Grundschule im Allgemeinen wie für die Gesundheitsförderung im Speziellen begreifen, welche die Kinder bei der Auseinandersetzung mit den veränderten Sozialisationsbedingungen unterstützen wollen.²³⁴

4.2.2.1 Die Familie

Die Familie ist als die primäre Sozialisationsagentur im Kindesalter anzusehen. Trotz Aufweichen der traditionellen Familienstrukturen wächst nach wie vor die Mehrzahl (81%) der Kinder in Familien mit zwei Elternteilen (Ehepaare und nichteheliche Lebensgemeinschaften) auf. Nur etwa 19% der Kinder lebten im Jahre 2008 bei einem alleinerziehenden Elternteil.²³⁵ Auch wenn ihre Bedeutung gegenüber den anderen Sozialisationsinstanzen (etwa durch frühzeitigeren Eintritt in das Schulsystem, Ausdehnung des Schulunterrichts in den Nachmittag hinein, Anwachsen der Massenmedien) in den letzten Jahrzehnten abgenommen haben dürfte, ist die Familie als Sozialisationsinstanz für das Grundschulalter weiterhin von hervorstechender Bedeutung. „*Wie in einem Mikrokosmos spiegeln sich in der Familie von früher Kindheit an kulturelle, ökonomische und normative Lebensbedingungen, die durch den Umgang von Eltern und Kindern miteinander*

²³¹ Ettischer: Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, S. 11f.

²³² vgl. Schäfers: Jugendsoziologie, S. 97f.

²³³ Stange: Kindheit heute. In: Fritz/Klupsch-Sahlmann/Ricken (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule, S. 41.

²³⁴ vgl. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung in Zusammenarbeit mit dem Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV) Westfalen Lippe (Hrsg.): Lehrerfortbildung in Nordrhein Westfalen: Gesundheitsförderung in der Schule, S.9ff.

²³⁵ vgl. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, S. 58.

aufgenommen und verarbeitet werden.“²³⁶ Zugleich wirkt die Familie bei der Verarbeitung von Umwelteinflüssen wie ein sozialer Filter, da von außen kommende Einflüsse an den Systemgrenzen der Familie verarbeitet werden.²³⁷ Insofern die Schule etwa bei gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen bemüht ist, Gewohnheiten zu verändern, dürfte sich dieser Filter allerdings teilweise sogar als problematisch erweisen, bis dahingehend, dass wünschenswerte Verhaltensweisen ignoriert bzw. abgelehnt werden.

Die Familie ist eine Vermittlungsinstanz im Umgang mit dem eigenen Körper, im Umgang mit körperlichen Beeinträchtigungen und bei der Ausnutzung von Ressourcen. Darüber hinaus werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen geprägt. Die Familienmitglieder können als soziale Ressourcen im Krankheitsfall wirken. Bei Konflikten innerhalb der Familie, etwa bei Scheidung, Vernachlässigung und Misshandlung, kann die Familie allerdings auch eine erhebliche pathogene Wirkung entfalten. Zudem beeinflusst die soziale Lage der Familie in vielerlei Hinsicht den Gesundheitszustand der Familienmitglieder und damit gerade auch den der Kinder.²³⁸

Die Familienmitglieder, wie auch andere soziale Netzwerke (z.B. die Peergroup), können wie ein *soziales Immunsystem* fungieren. Einem solchen sozialen Immunsystem kann dabei die gleiche Bedeutung für die Gesundheit eines Menschen zukommen wie dem organischen Immunsystem. *„Je stärker eine Person in ein soziales Beziehungsgefüge mit wichtigen Bezugspersonen eingebunden ist, desto besser kann diese Person mit ungünstigen sozialen Lebensbedingungen, kritischen Lebensereignissen und andauernden Lebensbelastungen umgehen und desto weniger treten Symptome der Belastung wie soziale, psychische oder somatische Auffälligkeiten auf.“*²³⁹ Die Daten der HBSC-Studie (siehe auch Kapitel 5.1) belegen die protektive Funktion einer intakten Familie für den Gesundheitszustand:

*„Multivariate Auswertungen zeigen, dass eine allein erziehende Vaterschaft bzw. Mutterschaft nicht nur mit einem höheren Risiko einer negativen Selbsteinschätzung der Gesundheit, einer niedrigeren Lebenszufriedenheit, häufigeren multiplen wiederkehrenden subjektiven Gesundheitsbeschwerden sowie einer geringeren mentalen Gesundheit (psychisches Wohlbefinden) assoziiert ist, [...], Kinder, die nicht in einer klassischen Kleinfamilie leben, gehen darüber hinaus häufiger ohne regelmäßiges Frühstück zur Schule und verzehren zu einem geringeren Anteil regelmäßig Obst - haben dennoch aber kein erhöhtes Risiko für Übergewicht.“*²⁴⁰

Der Erziehungsstil der Eltern hat maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes, wobei sich die Kinder bei einem autoritativ-partizipativen Erziehungsstil am

²³⁶ Hurrelmann: Sozialisation und Gesundheit, S. 31.

²³⁷ „ebd.“, S. 139.

²³⁸ vgl. Erhart (u.a.): Gesundheit, Jugend und sozialer Kontext - Ergebnisse der zweiten HBSC Jugendgesundheitsstudie für Deutschland, S. 6.

²³⁹ Hurrelmann: Sozialisation und Gesundheit., S. 133.

²⁴⁰ vgl. Erhart (u.a.): Gesundheit, Jugend und sozialer Kontext - Ergebnisse der zweiten HBSC Jugendgesundheitsstudie für Deutschland, S. 6. S. 15.

ehesten zu einer selbständigen, leistungsfähigen und gesellschaftlich verantwortungsbereiten Persönlichkeit entwickeln können.²⁴¹

4.2.2.2 Die Schule

Die Institution Grundschule wurde bereits in Kapitel 4.1 dargestellt. In diesem Kapitel sollen daher nur die wichtigsten Aspekte der Schule aus Sicht der Sozialisationsforschung aufgeführt werden. Tillmann (2003) betont, dass Sozialisationsprozesse in dieser Gesellschaft „[...] *überwiegend in Institutionen ablaufen*, [wobei die Schule] *die größte, differenzierteste und einflussreichste Einrichtung im Bildungsbereich ist* [...]“²⁴², in der Sozialisation nicht nur nebenbei, sondern als „*Hauptaufgabe geplant betrieben*“²⁴³ werde. Jede Institution, so auch die Schule, besteht aus einem materiellen Apparat (Gebäude, Instrumente, Techniken) und aus in formalisierten Rollenbeziehungen stehenden Personen. Schulische Sozialisation geschieht innerhalb und außerhalb von Unterricht, wobei dem Unterricht auf Grund seiner geplanten, systematischen und kontinuierlichen Einflüsse eine besondere Bedeutung zukommt.²⁴⁴ Aus einer ideologiekritischen Perspektive heraus wird dem Schulwesen die gesellschafts- bzw. herrschaftsstabilisierende Sozialisations-Wirkung eines so genannten „*heimlichen Lehrplans*“ unterstellt und vorgeworfen.²⁴⁵

Hurrelmann charakterisiert die Schule als einen Mikrokosmos, in dem „[...] *Orientierungen und Verarbeitungsvorschläge für die Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Realität* [...]“ angeboten werden.²⁴⁶ Wie mit der ökologischen Entwicklungstheorie von Bronfenbrenner gezeigt wurde (vgl. 4.2.1), ist es für die kindliche Entwicklung mitentscheidend, ob die in der Familie erworbenen Deutungs- und Orientierungsmuster in der Schule übernommen werden können, oder ob sie zu denen in der Schule dominierenden Vorstellungen im Widerspruch stehen. In den verschiedenen sozialen Milieus dürfte die Kongruenz zwischen Familie und Schule unterschiedlich hoch sein, womit sich zumindest teilweise erklären lässt, weshalb Kinder aus sozial-ökonomisch benachteiligten Gruppen auch im Bildungswesen häufiger schlechtere Leistungen erzielen.²⁴⁷

Ob es den Kindern gelingt, die im Sozialraum Schule verlangte „*produktive Anpassung*“ mit der Behauptung von Identität und „*Selbstverwirklichung*“ zu vereinbaren, ist entscheidend für ihre psychische Gesundheit. Nach Paulus sind die Schüler dann psychisch gesund, wenn sie:

- durch Unterricht und Schulleben intellektuell und sozial gefordert werden,
- sich bei der Gestaltung von Unterricht und Schulleben mit ihren Vorstellungen (und Fähigkeiten) einbringen können und sich
- in der Schule generell wohlfühlen.²⁴⁸

²⁴¹ vgl. Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 156ff.

²⁴² Tillmann: Sozialisationstheorien, S. 108.

²⁴³ „ebd.“, S. 110.

²⁴⁴ vgl. „ebd.“, S. 112.

²⁴⁵ vgl. „ebd.“, S. 172ff.

²⁴⁶ vgl. Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 202.

²⁴⁷ vgl. „ebd.“, S. 227ff.

²⁴⁸ vgl. Paulus: Psychische Gesundheit. In: Fritz/Klupsch-Sahlmann/Ricken (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Jugend, S. 139.

Als stärkster, schulbezogener Prädiktor für das Wohlbefinden von Kindern erweist sich das Schulklima auf Klassenebene. Hierzu zählen die Qualität des Unterrichts und die wahrgenommene Unterstützung durch die Mitschüler.²⁴⁹

Wandel (1979)²⁵⁰ hat dagegen die negativen Sozialisationswirkungen der Schule untersucht. Angesichts eines schon seinerzeit vorhandenen und bis heute akuten, hohen Krankenstandes unter Lehrern (vgl. Kapitel 3.1), sowie eines Bündels an psychophysischen Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten bei Schülern, stellte er die Frage: „*Macht die Schule krank?*“. Schulangst, Leistungsdruck, Gewalt unter Schülern und Selbstwertprobleme sind nur einige der Anzeichen, die er in seiner Bestandsaufnahme an Krankheitsphänomenen diagnostizierte. Da diese Symptome auch heute noch auftreten, muss nach wie vor davon ausgegangen werden, dass Schule für viele Kinder (aber eben auch Lehrer) mit krankmachenden Sozialisationserfahrungen verbunden ist.

Mit der Verlängerung des Schultags in den Nachmittag hinein, wie sie durch die Ganztagschulen vollzogen wird, werden zunehmend mehr Freizeit-Räume durch eine schulische Sozialisationsumwelt ersetzt und abgelöst. Gerade angesichts der oben genannten pathogenen Aspekte des Schulalltags ist dies nicht unbedenklich. Dies trifft insbesondere leistungsschwache Schüler, für die die Schule häufig mit negativen Erfahrungen und Rückmeldungen verbunden ist, sodass eine Steigerung des Selbstwertgefühls dann außerhalb von Schule erfolgen muss, was zunehmend schwieriger wird.

4.2.2.3 Die Peergroup

Unter dem Begriff „*Peergroup*“ wird die sozialisierende Wirkung der Gleichaltrigengruppe zusammengefasst, wobei Peer-Beziehungen durch ein hohes Maß an gegenseitiger Akzeptanz gekennzeichnet sind. Im Unterschied zu den Sozialisationserfahrungen in Familie und Schule erleben sich Kinder hier (erstmalig) als gleichberechtigte Mitglieder einer Gemeinschaft. Die Normen und Werte dieser Gemeinschaft werden von der Gruppe der Heranwachsenden zumeist selbst entwickelt, wobei v.a. jüngere Kinder häufig die in den beiden anderen Sozialisationsfeldern erworbenen Verhaltensstrategien auf die Interaktionen innerhalb der Gleichaltrigengruppe übertragen.²⁵¹ Die Peergroup stellt einen Raum dar, in dem gerade auch über die Massenmedien vermittelte Inhalte thematisiert, reflektiert und bewertet werden, sie bildet einen wichtigen Nährboden bei der Ausbildung von Jugendkulturen und den dazu passenden Lebensstilen.²⁵²

Gesundheitliches Risikoverhalten (v.a. Suchtmittelkonsum) wird überwiegend in der Gleichaltrigengruppe praktiziert, oder ist zumindest von dieser beeinflusst; die Prävalenzen für das Grundschulalter dürften allerdings noch verhältnismäßig niedrig liegen. Das für den Substanzgebrauch entscheidende Einstiegsalter liegt etwa bei

²⁴⁹ vgl. Erhart (u.a.): Gesundheit, Jugend und sozialer Kontext - Ergebnisse der zweiten HBSC Jugendgesundheitsstudie für Deutschland, S. 15.

²⁵⁰ Wandel: Macht die Schule krank? Heidelberg: Quelle und Meyer 1979.

²⁵¹ vgl. Krappmann: Sozialisation in der Gruppe der Gleichaltrigen, S. 358; 364ff.

²⁵² vgl. Schorb/Mohn/Theunert: Sozialisation durch (Massen-)Medien. In: Hurrelmann/Ulich (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung, S. 506.

13/14 Jahren; dennoch sollten Präventionsprogramme und Aufklärungskampagnen spätestens bei 10- und 11-Jährigen ansetzen.²⁵³

4.2.2.4 Die Massenmedien

Die Bedeutung der elektronischen (Massen-)medien hat in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen, sodass davon auszugehen ist, dass keine andere Generation Heranwachsender zuvor einem derart umfangreichen medialen Einfluss ausgesetzt war. Da die Medienumwelt für Heranwachsende in jeder Hinsicht selbstverständlich geworden ist, ist davon auszugehen, dass dabei ein anderer, pragmatischer Umgang mit den verschiedenen Medien und den dargebotenen Inhalten entstanden ist. Die Nutzung von Fernseher, Computer und zunehmend auch dem Internet gehört mittlerweile zu den Alltagsroutinen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.²⁵⁴

Innerhalb von Hurrelmanns Sozialisationsmodell besitzen die Massenmedien eine Funktion als Vermittler der äußeren Realität, da sie mittlerweile zu einem festen Bestandteil der sozialen Lebensbedingungen geworden und weite Teile der sozialen Umwelt als „*mediatisiert*“ anzusehen sind. Hurrelmann weiter: „*Sie beeinflussen die Muster der Wahrnehmung, die Interpretation von kulturellen und sozialen Ereignissen, intellektuelle Verarbeitungsstile und Weltbilder. Sie tragen zur Enkulturation bei, also zum Erwerb von Bedeutungen, Verständnismustern und Werthaltungen, die in der Kultur einer Gesellschaft vertreten sind.*“²⁵⁵

Bereits Grundschulkindern sind heute mehrheitlich alle Massenmedien zugänglich, sodass deren Sozialisationswirkung auch in dieser Altersklasse schon zu erwarten ist. Da zu bezweifeln ist, dass Kinder in diesem Alter bereits über ausreichende Medienkompetenz verfügen, erscheinen sie für die vermittelten Botschaften besonders anfällig, weshalb der Umgang mit Medien und ihren Aussagen von den Eltern begleitet und in der Schule erlernt werden sollte.²⁵⁶ Zu den über die Medien vermittelten Werthaltungen zählen dabei auch gesundheitsbezogene Vorstellungen, die zum Beispiel über alltagsästhetische Kategorien, etwa in der Werbung, transportiert werden.

Direkte und indirekte gesundheitsschädliche Wirkungen werden mit (zu) hohem Medienkonsum in Verbindung gebracht. Hierzu zählen etwa Bewegungsmangel als Folge übermäßigen Medienkonsums, Steigerungen der Gewaltbereitschaft durch Modelllernen von Gewaltdarstellungen in den Medien (vgl. Kapitel 5.3.4.1) und unangemessenes Stress-Bewältigungsverhalten. Allerdings sind die gesundheitlichen Folgen intensiver Mediennutzung empirisch noch nicht eindeutig belegt worden, vor allem die Ursache-Wirkungs-Beziehungen sind in ihrer Gänze nicht aufzulösen. In der KiGGS-Studie zeigten sich erst bei einer

²⁵³ vgl. Lampert/Thamm: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), S. 607.

²⁵⁴ vgl. Hurrelmann: Einführung in die Sozialisationstheorie, S. 254ff.

²⁵⁵ „ebd.“

²⁵⁶ „ebd.“, S. 257. Siehe auch: Reisch/Gwozdz: Einfluss des Konsumverhaltens auf die Entwicklung von Übergewicht bei Kindern. In: Bundesgesundheitsblatt, Heft 53/2010, S. 729.

Mediennutzungsdauer von vier (oder mehr) Stunden pro Tag statistisch bedeutsame Zusammenhänge zu körperlich-sportlicher Inaktivität.²⁵⁷

4.3 Entwicklungspsychologische Grundlagen

In Anlehnung an Montada²⁵⁸ wird „*Entwicklung*“ als aktiver Prozess verstanden, den das Individuum in der Interaktion mit seiner Umwelt vollzieht. Dabei sind angeborene Voraussetzungen für die individuelle Entwicklung ebenso von Bedeutung, wie die natürlichen und sozialen Kontexte, in die das Subjekt eingebunden ist. Der Mensch ist somit nicht nur das Objekt von äußeren oder inneren (im Sinne genetischer) Entwicklungsfaktoren, sondern wird als Subjekt seiner eigenen Entwicklung angesehen. Er entwickelt sich und gestaltet seine Umwelt durch die ständigen Wechselwirkungen mit ihr. Zwar wird dadurch die Annahme von natürlichen Entwicklungsgesetzen nicht ausgeschlossen, jedoch werden einseitig deterministische Vorstellungen verworfen. Im Weiteren beinhaltet der Entwicklungsbegriff - im Gegensatz zu Reifungsmodellen - die Vorstellung lebenslanger Entwicklung, wobei „[...] *Entwicklung* [...] *über die gesamte Lebensspanne gleichzeitig die Aspekte Wachstum oder Gewinn und Abbau oder Verlust* [enthält].“²⁵⁹ Im Gegensatz zu Reifungsmodellen, die von weitgehend organisch-biologisch determinierten Abläufen ausgehen, ist im Entwicklungsbegriff, die Vorstellung eines lernenden Subjektes integriert.

Einen wichtigen Orientierungspunkt bei der Beurteilung von Entwicklungsprozessen liefert das Alter eines Menschen. Im Vergleich zu Gleichaltrigen, kann die Entwicklung hinsichtlich eines Aspektes, als dem biologischen Alter angemessen, rückständig oder vorausgehend angesehen werden. Ein anderes Kriterium bezieht sich auf die Qualität einer Veränderung. Ist sie gefestigt, stabil und somit nachhaltig vollzogen, oder lassen sich Phasen der Regression beobachten? Als einen letzten Aspekt soll noch erwähnt werden, dass auch die „*Nicht-Entwicklung*“, mit anderen Worten, die Stabilität bzw. der Prozess der Stabilisierung (in negativer Lesart: der Stagnation), zu den Elementen der Entwicklungspsychologie gehören. Die verschiedenen Entwicklungstheorien sind unterschiedlich empirisch oder theoretisch begründet worden. So zeichnen sich etwa die Forschungsarbeiten von Piaget durch ihre empirische Kreativität (allerdings mit begrenzter Stichprobe) aus; dem gegenüber stehen eher theoretisch-analytische Konzepte, wie die psychoanalytischen Ansätze von Freud und Erikson.²⁶⁰

Die verschiedenen psychischen und physiologischen Fähigkeiten bilden die Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen des Alltags. Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung der wesentlichen Funktionsbereiche dargestellt, ihre Bedeutung für die Sicherheit des Kindes wird anhand von Beispielen aus dem Straßenverkehr illustriert.

²⁵⁷ vgl. Lampert/Sygusch/Schlack: Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 650f.

²⁵⁸ Montada: Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 53.

²⁵⁹ „ebd.“ S. 8.

²⁶⁰ Da an dieser Stelle keine Einführung in die Entwicklungspsychologie erfolgen kann und soll, wird auf das einführende Kapitel von Montada in: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 3-53 verwiesen.

Generell ist davon auszugehen, dass die Bewältigung des Alltags Kinder mehr beansprucht als Erwachsene. Das liegt zum einen daran, dass einige Fähigkeiten und Fertigkeiten noch nicht vollständig entwickelt sind, und ist zum anderen darin begründet, dass Kinder zwangsläufig noch nicht auf so reichhaltige Erfahrungen zurückgreifen können wie Erwachsene. So geraten v.a. jüngere Kinder aus Unerfahrenheit und Unwissenheit immer wieder in gefährliche Situationen, in denen ihnen dann die Bewältigungskompetenz und teilweise auch der materielle Schutz vor Verletzungen fehlen.²⁶¹ Daher können viele Kinder zumindest in den ersten Grundschuljahren noch nicht auf die erforderlichen Fähigkeiten zurückgreifen, die etwa zur sicheren Teilnahme am Straßenverkehr erforderlich sind. Grundschüler haben in der Regel noch entwicklungsbedingte Defizite, die bei *gesunder* Entwicklung nach und nach ausgeglichen werden. Diese Rückstände betreffen sowohl die motorischen und sensorischen als auch die kognitiven und affektiven Kompetenzen, wobei sich kognitive, emotionale und körperliche Entwicklung wechselseitig beeinflussen.²⁶²

4.3.1 Entwicklung der Sinnesorgane

Zu den klassischen Sinnesleistungen des Menschen zählen:

- Hören (auditiver Sinn),
- Sehen (visueller Sinn),
- Schmecken (gustatorischer Sinn),
- Riechen (olfaktorischer Sinn) und
- Tasten (taktile Sinn).

Im weiteren Sinne können auch

- der Gleichgewichtssinn (vestibulärer Sinn) und
- der Bewegungssinn (kinästhetischer Sinn) hinzugezählt werden.

Für die (Verkehrs-)Sicherheit des Kindes sind besonders die ersten beiden und die letzten beiden Sinne von großer Bedeutung. Wie das folgende Beispiel zeigen soll, liefern mehrere Sinnesorgane Informationen über eine Situation. So wird ein Radfahrer durch mehrere Sinnesreize über einen sich von hinten nähernden LKW informiert: Er wird ihn nicht nur hören, sondern wegen des Dieselgeruchs riechen und teilweise sogar schmecken können, ihn evtl. auch über die Bodenerschütterung spüren und bei entsprechendem Sonnenstand den Schatten sehen, den der LKW wirft und vielleicht sogar die daraus resultierende Abkühlung auf der Haut spüren. Das Beispiel verdeutlicht, dass eine Situation durch die Informationen mehrerer Kanäle (Sinnesorgane) definiert wird, wobei diese verschiedenen Informationsquellen unterschiedlich große Aufmerksamkeit erhalten. In der Regel kommt dem visuellen Sinn die größte Bedeutung zu.

Noch offen ist die empirische Klärung der Frage, ab welchem Alter Kinder in der Lage sind, komplexe Reize analytisch wahrzunehmen und bis zu welchem Alter eine eher ganzheitliche Wahrnehmung vorherrscht. Unterschiedliche Forschungsergebnisse der verschiedenen psychologischen Richtungen gehen mit der Schwierigkeit einher, die Wechselwirkungen von Wahrnehmung und Kognition in

²⁶¹ vgl. Schlag/Richter: Verkehrsunfälle mit Kindern und Jugendlichen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 401-432.

²⁶² vgl. Warwitz: Verkehrserziehung vom Kinde aus, S. 35ff.

letzter Konsequenz (und mit zunehmendem Alter immer weniger) nicht auflösen zu können.²⁶³

Insgesamt ist festzuhalten, dass bei Kindern die Sinnesorgane und die damit verbundenen Sinnesleistungen und Informationsverarbeitungsprozesse noch nicht vollständig entwickelt sind, wie im Weiteren an den beiden wichtigsten Sinnesorganen, Auge und Ohr, aufgezeigt werden soll.

4.3.1.1 Visueller Sinn

Wenn man die visuelle Wahrnehmung von Grundschulern betrachtet, muss zunächst auf die geringe Körpergröße des Grundschulkindes als Voraussetzung für den wahrnehmbaren Bereich hingewiesen werden. Kinder haben ein kleineres Sichtfeld und ein um ca. 20% engeres Blickfeld als Erwachsene, welches häufig noch zusätzlich durch Gebäude, parkende Autos, Werbetafeln, oder Ähnlichem nochmals verringert wird. Damit wird aber nicht nur der Sichtbereich des Kindes reduziert, sondern auch die Sichtbarkeit des Kindes selbst wird gleichermaßen gemindert.²⁶⁴

Hinsichtlich des Sehvermögens können Kinder Bewegungen am Rande ihres Gesichtsfeld nur eingeschränkt erfassen, zudem Entfernungen schlechter abschätzen, da trotz ausgebildeter Sehschärfe, das beidäugige Sehen noch nicht vollständig ausgereift ist. Dies führt dazu, dass noch 6- und 7-jährige Kinder eine Gesichtshälfte bevorzugen (in der Regel die Rechte), wodurch sie im Straßenverkehr die von links kommenden Fahrzeuge später erkennen. Dies ist besonders beim Rechtsverkehr problematisch, da z.B. bei der Straßenüberquerung die Autos (und damit die Gefahr) von links erscheinen.²⁶⁵

Der Prozess des Sehens ist im Kindesalter darüber hinaus noch sehr stark mit der Bewegung verbunden. Die Genauigkeit der Bewegungsausführung verbessert sich in Abhängigkeit von der Wahrnehmung im Laufe der Kindheit kontinuierlich.²⁶⁶ Dies bedeutet zugleich, dass sie bis dahin noch defizitär ist. Auf Grund der Verknüpfung von Wahrnehmung und Bewegung ist es Kindern gerade im Vorschulalter nahezu unmöglich, geradeaus zu laufen und gleichzeitig zur Seite zu sehen. Dafür müssten sie entweder ihren Bewegungsablauf abbrechen oder die Richtung ändern.²⁶⁷

Erschwerend kommt hinzu, dass das kindliche Gehirn weniger Informationen aufnehmen kann als das Gehirn eines erwachsenen Menschen. Während ein Kind pro Sekunde ein bis drei Objekte erfassen kann, kommt ein Erwachsener ungefähr auf das Doppelte.²⁶⁸

²⁶³ vgl. Wilkening/Krist: Entwicklung der Wahrnehmung und Psychomotorik. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 415ff.

²⁶⁴ vgl. Warwitz: Verkehrserziehung vom Kinde aus, S. 37f.

²⁶⁵ vgl. Klüsche: Praxis der Verkehrserziehung im Kindergarten und Grundschulalter, S. 33f.

²⁶⁶ vgl. Wilkening/Krist: Entwicklung der Wahrnehmung und Psychomotorik. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 412.

²⁶⁷ vgl. Heinze: Kindgerechte Verkehrserziehung, S. 160.

²⁶⁸ vgl. „ebd.“, S. 123.

4.3.1.2 Auditiver Sinn

Der auditive Sinn ist neben dem Sehen der bedeutendste Sinn des Menschen für die Orientierung in und seine Interaktion mit der Umwelt. Hinsichtlich des Hörvermögens von Kindern und Erwachsenen existieren zwar rein qualitativ betrachtet keine großen Unterschiede was die Differenzierungsfähigkeit betrifft, jedoch erfordern die kontinuierlichen Wachstumsschübe von Kindern eine ständige Rekalibrierung bei der Informationsverarbeitung:

„Da der Abstand zwischen den Ohren im Verlauf der Entwicklung zunimmt, bedeutet ein und dieselbe Zeitdifferenz für ein einjähriges Kind etwas anderes als für ein sechsjähriges. Eine adäquate Wahrnehmung erfordert also eine ‚Rekalibrierung‘ im Entwicklungsverlauf: Die Bedeutung einer Reizinformation, in diesem Falle der Zeitdifferenz im Millisekundenbereich, muss den wachstumsbedingten Körperveränderungen angepasst werden (Clifton et al. 1988). Daher verwundert es nicht, dass jüngere Kinder eine Schallquelle weniger präzise lokalisieren können als Erwachsene (bei denen sich das Problem der Rekalibrierung nicht mehr stellt).“²⁶⁹

Im Straßenverkehr hat dies zur Folge, dass Kinder die Entfernung von Geräuschen schlechter beurteilen können als Erwachsene. Ebenso bereitet es ihnen größere Schwierigkeiten, die exakte Richtung zu bestimmen, aus der ein Geräusch kommt (und woher eine potenzielle Gefahr droht). Dabei können bspw. für einen Radfahranfänger schon Nuancen entscheidend sein, um eine Bedrohung richtig einzuschätzen, und um in der Situation angemessenes Verhalten einzuleiten. Erschwerend kommt noch hinzu, dass gerade in Städten eine Vielzahl an Hintergrundgeräuschen die Konzentration auf wichtige akustische Informationen beeinträchtigt.

4.3.2 Kognitive Entwicklung

Die kognitive Entwicklung beschreibt den Aufbau interner Strukturen und der innerhalb dieser Strukturen ablaufenden Prozesse; sie ist ein Sammelbegriff für die Veränderungen in verschiedenen Teilleistungsbereichen, wie etwa dem Gedächtnis, der Begriffsbildung oder dem logischen Denken.²⁷⁰

Die Vorstellungen über die kognitive Entwicklung beim Kind wurde lange Zeit durch die Arbeiten des Schweizer Psychologen Jean Piaget (1896-1980) geprägt, der Anfang der 1920er Jahre Pionierarbeit auf dem Gebiet der geistigen Entwicklung des Kindes leistete. In zahlreichen experimentellen Versuchen untersuchte er, wie das Kind in der Auseinandersetzung mit Gegenständen und Personen kognitive Strukturen aus- und umbildet. Von einer reinen Lerntheorie grenzt sich Piaget insofern ab, als dass er von entwicklungsbedingt angelegten Ordnungsschemata ausgeht, die regelmäßig und gesetzmäßig aufeinanderfolgend ablaufen. Wie bereits in Kapitel 3.2 erwähnt, haben in den letzten Jahren neuere Theorieansätze die

²⁶⁹ Wilkening/Krist: Entwicklung der Wahrnehmung und Psychomotorik. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 399.

²⁷⁰ vgl. Dreher: Entwicklungspsychologie des Kindes. In: Einsiedler u.a. (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik, S. 149.

Stadientheorie von Piaget abgelöst. Explizit zu nennen wäre hier die Theorie des Conceptual Change²⁷¹, demnach sich die bereichsspezifischen Alltagsvorstellungen bei Kindern nicht anders als bei Erwachsenen entwickeln und verändern. Bereichsübergreifende, stadienabhängige Entwicklungsverläufe, wie sie Piaget formuliert hat, wären nach diesen Erkenntnissen zu rigide, um die kognitive Entwicklung im Kindesalter zu beschreiben. Wichtiger als eine entwicklungsbedingte *Reife* (der Begriff ist - wie zuvor erwähnt - nicht ganz passend) wären demnach die bereits vorhandenen Wissensstrukturen und die Anreize aus der Umwelt, die gebildeten Konzepte zu verändern.²⁷²

Unabhängig von dieser Kritik werde ich im Weiteren Piagets Stadienmodell skizzieren, da es eine gute, wenn auch in gewisser Hinsicht heuristisch bleibende, Übersicht über die kognitive Entwicklung liefert, die zwar im Detail fehlerhaft sein mag, unter Berücksichtigung ihrer Grenzen, aber dennoch eine gute Orientierung dazu bietet, wie kindliches Denken im Grundschulalter abläuft. Diese Orientierungsfunktion ist sicherlich auch ein Grund dafür, weshalb die Grundschuldidaktik lange Zeit durch Piagets Erkenntnisse geprägt wurde und noch heute geprägt wird. Einsiedler (u.a.) kritisieren allerdings eben diese Orientierung der Grundschuldidaktik an einer auf Piagets Stadientheorie basierenden Sicht der kognitiven Entwicklung von Kindern (siehe auch Kapitel 4.4). Sie sprechen sich dafür aus, die derzeitige Fokussierung auf das sinnlich-konkrete-Lernen zu Gunsten einer stärkeren Wissensorientierung zurückzunehmen.²⁷³

Solche Einwände sollen an dieser Stelle zur Kenntnis genommen werden, sie sind aber meines Erachtens für die Gesundheitserziehung und -förderung an der Grundschule mit Verweis auf die erwiesene, begrenzte Wirksamkeit wissensbasierter Präventionsansätze (vgl. Kapitel 7.2.2) nicht hinreichend, um sich von konkret-anschaulichen didaktischen Konzepten zu lösen. Gerade „Gesundheitsthemen“ mit ihren für Kinder teilweise sehr abstrakten Inhalten erfordert konkrete Lern-Gegenstände. Für die kognitive Entwicklung von Kindern und die daraus abzuleitende didaktische Umsetzung liefert meiner Meinung nach Piagets Stadientheorie ein nützliches, theoretisches Fundament.

Die von Piaget beschriebene kognitive Entwicklung bis zum Jugendalter besteht aus vier Stadien:

- dem sensumotorischen Stadium (bis 2 Jahre),
- dem voroperatorischen Stadium (ca. 2-7 Jahre),
- dem konkret-operatorischen Stadium (ca. 7-11 Jahre),
- dem formal-operatorischen Stadium (11 Jahre und älter).²⁷⁴

²⁷¹ Carey: Conceptual Change in childhood. Cambridge (USA): MIT Press 1985.

²⁷² Eine kurze Darstellung mit den Konsequenzen für die Grundschuldidaktik findet sich bei: Einsiedler/Martschinke/Kammermeyer: Die Grundschule zwischen Heterogenität und gemeinsamer Bildung. In: Cortina u.a. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik, S. 357f; Eine umfangreiche Darstellung liefert: Sodian: Entwicklung begrifflichen Wissens. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 443-468.

²⁷³ vgl. Einsiedler/Martschinke/Kammermeyer: Die Grundschule zwischen Heterogenität und gemeinsamer Bildung. In: Cortina u.a. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik, S. 356f.

²⁷⁴ vgl. Montada: Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 418ff.

Die beiden grundlegenden Mechanismen, die in allen vier Stadien die kognitive Entwicklung regulieren, sind die Assimilation, hierbei integriert das Kind wahrgenommene Gegenstände in die bestehenden kognitiven Schemata, und die Akkomodation, bei der die vorhandenen Schemata an die Wirklichkeit angepasst werden.²⁷⁵ Im Folgenden soll die kognitive Entwicklung nach Piaget anhand ihrer vier Stadien skizziert werden.

Die sensorimotorische Phase steht am „[...] *Ursprung des Denkens und sie wird das ganze Leben lang durch Wahrnehmung und praktische Verhaltensweisen weiter auf das Denken einwirken.*“²⁷⁶ An diesem Ursprung bilden die sensorische Wahrnehmung und einfache Handlungen die Grundlage für die weitere kognitive Entwicklung. Ausgangspunkte für die Entwicklung sind die angeborenen Mechanismen, wie z.B. Reflexe. Durch Üben der Reflextätigkeit und Wahrnehmung der Umgebungsreize erweitert sich das Repertoire des Kindes. Das verbindende Element zwischen Beobachtung und eigener Bewegung ist die Nachahmung. Um eine beobachtete Bewegung (z.B. das Greifen) in eine Handlung übersetzen zu können, muss das Kind als Zwischenschritt eine Vorstellung (eine erste kognitive Repräsentation) von der Bewegung ausbilden, es erwirbt somit ein Handlungsschema.²⁷⁷

Mit dem Spracherwerb, der vom Prinzip her auch eine Form des Nachahmungslernens ist, geht die Entwicklung des symbolischen Denkens voran, das Kind entwickelt die Fähigkeit, Zeichen und Begriffe zu verstehen und einzusetzen.²⁷⁸ Ein weiteres Merkmal der kognitiven Entwicklung auf dieser Stufe ist die Objektpermanenz, d.h. dass ein Gegenstand für das Kind auch noch dann weiterexistiert, wenn es aus der sinnlichen Wahrnehmung des Kindes verschwunden ist.²⁷⁹

In dem voroperatorischen Stadium kommt es wie in allen darauf folgenden Stufen zu einer kontinuierlichen Anpassung der vorhandenen Schemata an die Realität, ebenso wie auch zum Erwerb neuer Schemata. Wie die Bezeichnung des Stadiums besagt, schließt das Denken auf dieser Stufe noch keine Operationen ein, stattdessen überwiegt eine „*irreführende Wirkung der Anschauung.*“²⁸⁰ Figuren werden dabei ausschließlich nach einem Merkmal beurteilt, die Gesamtkonfiguration, das heißt die Kombination von Merkmalen, bleibt ebenso unberücksichtigt, wie eine zeitlich vorausgegangene Operation, die zu einer Veränderung des Gegenstandes geführt hat. Anschaulich wird diese Zentrierung auf einen Aspekt mit Piagets Versuchen zur Invarianz. Im Alltag hat dies zu Folge, dass Kinder in der sensorimotorischen und präoperationalen Phase noch nicht erkennen können, dass der Abstand zwischen zwei Gegenständen auch dann noch gleich groß bleibt, wenn ein weiteres Objekt dazwischen platziert wird. Erst auf der konkret-operationalen Stufe erkennen die Kinder schließlich, dass sich der Abstand zwischen den beiden Punkten nicht verändert. Da Zeit- und Raumgefühl der Kinder eng miteinander

²⁷⁵ vgl. „ebd.“, S. 421.

²⁷⁶ Piaget: Psychologie der Intelligenz, S. 135.

²⁷⁷ vgl. „ebd.“, S. 140ff.

²⁷⁸ vgl. „ebd.“, S. 143.

²⁷⁹ vgl. „ebd.“, S. 125.

²⁸⁰ „ebd.“, S. 149.

verknüpft sind, werden derartige Fähigkeiten relevant, sobald es bspw. im Straßenverkehr darum geht, die Geschwindigkeit von Fahrzeugen abzuschätzen. Nach Strecker unterliegen Kinder noch bis zum zehnten Lebensjahr einer „*optischen Verzerrung*“, sodass Kinder anhaltende und anfahrende Fahrzeuge weniger bewusst wahrnehmen als stehende oder fahrende.²⁸¹

Eine weitere Ausprägung dieser Zentrierungstendenz im voroperationalen Denken ist eine egozentrische Weltsicht, d.h. die eigene Perspektive ist vom Kind als die einzig mögliche denkbar. Wie der Begriff „*ego-zentrisch*“ schon ausdrückt, stellt die eigene Person den Mittelpunkt der Welt dar. So nehmen Kinder in diesem Stadium an, „[...] *wenn sie nichts sehen, werden sie auch nicht wahrgenommen. Umgedreht bedeutet das, schauen sie jemanden an, so erwarten sie, dass derjenige auch sie erkennt.*“²⁸² Die egozentrische Weltsicht führt dazu, dass sich Kindern nur sehr schwer von der eigenen Wahrnehmung lösen können. Daher kann sich ein Schulanfänger auch nur sehr schwer in andere Verkehrsteilnehmer hineinversetzen, was nötig wäre, um deren Verhaltens- oder Reaktionsweisen zu antizipieren.²⁸³ Erst in einem Alter von ca. acht Jahren entsteht eine Art Perspektiven- oder Positionsbewusstsein. Aber auch dann bereitet die Unterscheidung von links und rechts den Kindern noch große Probleme. Weniger dabei im Wissen, wo rechts und links ist, sondern vielmehr darin, diese Zuordnung auf andere Objekte oder Personen zu übertragen. Speziell für Linkshänder kommt noch die Schwierigkeit hinzu, in einer häufig primär für Rechtshänder ausgerichteten Welt leben zu müssen. Dass letzteres ein nicht zu unterschätzender Aspekt ist, zeigt sich darin, dass Linkshänder häufiger in Unfallsituationen geraten als rechtshändige Kinder.²⁸⁴

Erst im konkret-operatorischen Denken ist das Kind schließlich in der Lage, aufeinander folgende Handlungen zu koordinieren, oder zu einem Vorgang die reversible Handlung durchzuführen. Dies geht damit einher, dass es erst jetzt fähig ist, Gegenstände (oder auch Handlungen) zu gruppieren und zu klassifizieren. So kann das Kind Gegenstände anhand eines Merkmals sortieren, es erwirbt Vorstellungen der Mengeninvarianz und - mit beidem eng verbunden - den Zahlbegriff. In allen Fällen entstehen so Grundmuster der Ordnung, die zu einer größeren „*Beweglichkeit*“ des Denkens führen. Diese Metapher der „*Bewegung im Denken*“ erscheint zur Charakterisierung dieser Phase gut geeignet, da sie die enge Verknüpfung des Denkens an konkrete Handlungen zum Ausdruck bringt. Das Kind ist in diesem Stadium nun in der Lage, die notwendigen Operationen konkret handelnd (aber noch nicht rein sprachlich-formal) durchzuführen. Das Denken in diesem Entwicklungsstadium wird dadurch dezentriert, somit sind mehrere Zustände eines Gegenstandes denkbar: ein vorhergehender, ein gegenwärtiger ebenso wie ein zukünftiger. Das Einzelteil wird im Zusammenhang mit dem Ganzen und das Ganze als aus Einzelteilen bestehend betrachtet.²⁸⁵

„Ebenfalls im Alter von etwa sieben bis acht Jahren bilden sich vor allem die qualitativen Operationen, die den Raum strukturieren: räumliche Anordnungen,

²⁸¹ vgl. Strecker: Verkehrserziehung für 3-10-Jährige, S. 23.

²⁸² vgl. Barth: Kinder haben keine Bremse, S. 29.

²⁸³ vgl. Heinze: Kindgerechte Verkehrserziehung, S. 93.

²⁸⁴ vgl. Limbourg: Kinder im Straßenverkehr, S. 81.

²⁸⁵ Piaget: Psychologie der Intelligenz, S. 158.

*Ineinanderschachtelung der Zwischenräume und Entfernungen, Erhaltung der Längen, Flächen, etc., Ausarbeitung eines Systems von Koordinaten, Perspektiven und Projektionen etc.*²⁸⁶

Auf den Straßenverkehr bezogen bedeutet dies, dass Kinder in diesem Entwicklungsstadium nun in der Lage sind, komplexe Handlungen, die verschiedene Einzelleistungen umfassen, wie sie etwa zum Linksabbiegen erforderlich sind (geradeaus fahren, den Verkehr beobachten, Handzeichen geben,...), zu koordinieren. Zudem folgt aus der engen Bindung des Denkens an die konkreten Situationen, „[...] dass Kinder im realen Straßenverkehr lernen müssen, wie sie sich verhalten sollen. Zu Transferleistungen vom Schonraum auf den realen Straßenverkehr sind sie noch nicht in der Lage.“²⁸⁷

Erst mit Beginn der formal-operatorischen Stufe (ab dem 10./11. Lebensjahr) kann sich das Kind von der konkreten Situation lösen und weitere Informationen in sein Denken einbeziehen. Bei Problemen wird nun planvoll und systematisch nach Lösungen gesucht, dabei ist das Kind in der Lage, kombinatorische Lösungswege zu verfolgen. Mehr und mehr löst sich das Kind von den konkreten Handlungen und operiert stattdessen mit Zeichen und Symbolen, die die Wirklichkeit repräsentieren. Es beginnt hypothetisch-deduktiv zu denken, in dem es Vermutungen über die Dinge entwirft, diese Vermutung überprüft und abschließend logische Schlüsse zieht. Die in der konkret-operatorischen Stufe erworbenen Klassifizierungs- und Strukturierungsfähigkeiten werden dabei auf einer höheren (abstrakteren) Ebene angewandt.²⁸⁸

Auf den Straßenverkehr bezogen bedeuten diese Erkenntnisse, dass sich Kinder auf der formal-operatorischen Stufe von der „[...] *anschauungsgebundenen Auffassung der Wirklichkeit* [lösen können, um] *Handlungsabläufe mit ihren Konsequenzen gedanklich vorwegzunehmen und damit auch mögliche Gefahren zu antizipieren.*“²⁸⁹

Diese Erkenntnisse zeigen aber nicht nur, wie Kinder ab dem zehnten Lebensjahr denken, sondern auch, wie sie bis dahin noch nicht denken (und handeln) können. Erwachsene, die von der körperlichen Entwicklung fälschlicherweise auf die kognitive schließen, neigen dazu, das kindliche Verhaltensrepertoire zu überschätzen.

Vergleichbare Stufenmodelle wurden nach Piaget zu vielen Entwicklungsbereichen erstellt. So basiert etwa Kohlbergs Theorie der Moralentwicklung (1958) auf einer Stufenfolge. Eine Darstellung der gesundheitsbezogenen kognitiven Theorien von Kindern auf Grundlage der dargestellten Stadien findet sich in Kapitel 3.2.

Die von Piaget angegebenen Altersgrenzen sind heutzutage umstritten, seine Experimente führte er nur mit sehr kleinen Stichproben durch, es sind zudem - auch abhängig von der sozialen Umwelt - große individuelle Unterschiede in der Entwicklung zu vermuten. Unabhängig davon ist aber festzuhalten, dass gerade

²⁸⁶ „ebd“, S. 164.

²⁸⁷ Limbourg: Kinder unterwegs im Straßenverkehr, S. 108.

²⁸⁸ Piaget: Psychologie der Intelligenz, S. 167ff.

²⁸⁹ Schlag/Richter: Verkehrsunfälle mit Kindern und Jugendlichen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 408.

auch bei der aktuellen Tendenz zu einer frühzeitigeren Einschulung in den ersten beiden Schuljahren zumindest ein Teil der Kinder der Grundschule noch durch ein voroperationales Denken geprägt ist, während sich die Schüler der 3. und 4. Klasse zum Großteil im konkret-operationalen Stadium befinden. Wenn man von diesen Prämissen ausgeht, folgen daraus entsprechende Konsequenzen für den Grundschulunterricht im Allgemeinen, wie auch speziell im Rahmen der Gesundheitserziehung: Ein solcher Unterricht darf nicht zu abstrakt sein, sondern muss sich an konkreten Situationen und an der Lebenswelt der Kinder orientieren, wenn er bei den Kindern frühzeitig die Grundlagen einer sicheren und gesunden Lebensführung legen will. Damit muss er den Prinzipien der Schüler-, Sach- und der Handlungsorientierung gerecht werden (vgl. Kapitel 4.4), die mittlerweile allerdings bereits als Standards der Grundschuldidaktik angesehen werden dürfen.

4.3.3 Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögen

Im Alltag wird zwischen den beiden Begriffen „*Aufmerksamkeit*“ und „*Konzentration*“ unterschieden. „*Aufmerksamkeit*“ bezeichnet dabei im Allgemeinen einen Wahrnehmungszustand, z.B. im Gespräch oder im Straßenverkehr, während der Begriff „*Konzentration*“ mit Situationen verknüpft wird, in denen Tätigkeiten über einen gewissen Zeitraum aufrecht erhalten werden müssen, z.B. im Unterricht oder bei der Arbeit. Aufmerksamkeits- und Konzentrationssituation lassen sich im Alltag demnach voneinander unterscheiden. Ein Mensch kann folglich hoch konzentriert arbeiten, ohne zugleich allzu aufmerksam zu sein.²⁹⁰

Aufmerksamkeit kann als „[...] *selektives Beachten relevanter Reize oder Informationen* [...]“²⁹¹ definiert werden. Dies schließt die Notwendigkeit einer Reizselektion ein, da davon auszugehen ist, dass aus der Umgebung zahlreiche - darunter in der Mehrzahl irrelevante - Reize auf den Einzelnen einwirken. Dabei lassen sich verschiedene Formen unterscheiden, so z.B. willkürliche oder unwillkürliche, enge oder weite, internale oder externale Aufmerksamkeit. Das Alltagsverständnis von Konzentration bezieht sich zumeist auf die Verarbeitung aufgenommener Informationen und kommt hauptsächlich bei kognitiven Leistungen zum Ausdruck.²⁹² Diese theoretische Differenzierung, die im Alltagsverständnis durchaus verbreitet ist, wird bei der Gefahrenkognition nicht vorgenommen. Hier findet sich eine pragmatische Anwendung. Der Begriff „*Konzentration*“ bezeichnet hier die bewusste Zentrierung der Aufmerksamkeit auf ein Geschehen.

Heinze unterscheidet die drei folgenden Formen:

- konzentrativer Aufmerksamkeit,
- distributiver Aufmerksamkeit,
- flexibler Aufmerksamkeit.

Von „*konzentrativer Aufmerksamkeit*“ spricht Heinze, wenn die Wahrnehmung gezielt auf bestimmte Objekte oder Vorgänge gerichtet ist. „*Distributive Aufmerksamkeit*“

²⁹⁰ vgl. Schmidt-Atzert/Büttner/Bühner: Theoretische Aspekte von Aufmerksamkeits-/Konzentrationsdiagnostik. In: Büttner/Schmidt-Atzert (Hrsg.): Diagnostik von Konzentration und Aufmerksamkeit, S. 4f.

²⁹¹ „ebd.“, S. 5.

²⁹² vgl. „ebd.“, S. 8f.

bezeichnet einen Vorgang, in dem mehrere Objekte oder Vorgänge gleichzeitig beobachtet werden und die Aufmerksamkeit in gewisser Weise geteilt ist. Die „flexible Aufmerksamkeit“ beinhaltet, dass die Aufmerksamkeit situationsbedingt zwischen verschiedenen Objekten wechselt. In der frühen Kindheit sind die distributive und flexible Aufmerksamkeit noch unzureichend entwickelt, weshalb Kinder große Schwierigkeiten haben, wenn sie sich gleichzeitig auf mehrere Objekte konzentrieren sollen, oder aber die Aufmerksamkeit plötzlich auf einen anderen Gegenstand richten müssen.²⁹³

Erst ab dem achten Lebensjahr können Kinder für einen längeren Zeitraum ihre Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Objekt oder auch auf den Straßenverkehr richten. Dabei besteht aber immer noch die Möglichkeit, dass die kindliche Aufmerksamkeit von für das Kind persönlich interessanten Gegenständen (z.B. ein außergewöhnliches, aber parkendes Auto) geleitet wird. Diese sind aber gerade im Straßenverkehr nur selten mit den wichtigen Objekten und Signalen (z.B. Verkehrszeichen, oder ein weniger auffälliges, aber den Weg kreuzendes Auto) identisch.²⁹⁴ Unaufmerksamkeit oder Ablenkung können im Straßenverkehr schnell bedrohliche Situationen hervorrufen. Gerade Kinder lassen sich im Straßenverkehr noch leicht durch vergleichsweise unwichtige Dinge ablenken, da sie wichtige und eher unwichtige Details noch nicht zu unterscheiden gelernt haben. Mit dieser noch nicht vollständig ausgebildeten Diskriminationsfähigkeit lassen sich viele Ablenkungssituationen im Straßenverkehr erklären. Erst mit dem 14. Lebensjahr ist die Konzentrationsfähigkeit eines gesunden Kindes vollständig entwickelt.²⁹⁵

Des Weiteren ist zu befürchten, dass sich die Konzentrationsfähigkeit der Kinder in den letzten Jahren und Jahrzehnten generell verschlechtert hat. Nach Limbourg liegen die Ursachen dafür auch im veränderten Freizeitverhalten, das zunehmend von bewegungsarmen Tätigkeiten, wie Fernsehen oder Computer spielen, dominiert wird.²⁹⁶

4.3.4 Emotionalität/Affektivität

Das Verhalten eines Kindes wird nicht nur von der Sensorik, der Kognition und den körperlichen Voraussetzungen, sondern auch von der emotionalen Verfassung beeinflusst. Gerade bei Modellen, die sich mit kognitiven Verarbeitungsformen auseinandersetzen, muss man sich stets bewusst sein, dass das menschliche Handeln im geringeren Maße von rationalen Entscheidungen geleitet wird als allgemein angenommen.²⁹⁷

So werden beispielsweise Situationen in ängstlicher oder euphorischer Stimmung, nur eingeschränkt wahrgenommen, weshalb wichtige Informationen übersehen werden können und das Kind seine Fähigkeiten falsch einschätzt oder aus Angst heraus falsch reagiert. Die Performanz der Fähigkeiten unterliegt also - beim Kind

²⁹³ vgl. Heinze: Kindgerechte Verkehrserziehung, S. 96.

²⁹⁴ „ebd.“

²⁹⁵ vgl. Limbourg: Kinder unterwegs im Straßenverkehr, S. 112.

²⁹⁶ Limbourg/Flade/Schönharting: Mobilität im Kindes- und Jugendalter, S.64f.

²⁹⁷ vgl. Musahl: Gefahrenkognition, S. 133.

wie beim Erwachsenen - dem Einfluss verschieden starker Gefühlsregungen, die unter dem Begriff „Affektivität“ zusammengefasst werden.

„Affektivität bezeichnet die Fähigkeit des Menschen auf Begegnendes (Situationen, Mitmenschen) mit Gefühlen zu antworten. Die Affektivität ist als Anlage in ihm grundgelegt, bedarf aber wie jede andere seiner Anlagen der fördernden Einflussnahme durch die Umwelt, um entfaltet werden zu können. Daraus leitet sich der verpflichtende Auftrag für den vorschulischen und schulischen Bildungsbereich ab, den affektiven Komponenten im Erziehungsprozess gleichberechtigt neben der kognitiven Förderung Raum zu geben.“²⁹⁸

Weniger als Erwachsene sind Kinder in der Lage, unabhängig von oder entgegen ihrer Gefühle zu handeln. Im Gegenteil: Heinze stuft das kindliche Verhalten sogar als „*primär affektgesteuert*“²⁹⁹ ein. Dieses ist umso bedeutsamer, da Kinder stärker noch als Erwachsene Stimmungsschwankungen unterliegen, die zu spontanen und nur schwer vorhersagbaren Verhaltensänderungen führen können. Da es schon Erwachsenen nicht immer gelingt, sich im Handeln nicht von Emotionen leiten zu lassen, lässt sich erahnen, welche Schwierigkeit dies für Kinder darstellen kann, gerade dann, wenn sie den Egozentrismus des voroperationalen Stadiums noch nicht überwunden haben. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Erwachsene z.B. im Straßenverkehr in dieser Hinsicht selbst keine Vorbildfunktion einnehmen. Der emotionale Einfluss auf das Verhalten ist dann als besonders hoch anzusehen, wenn Kinder in Gruppen am Straßenverkehr teilnehmen. Zumindest belegen verschiedene Studien, dass Kinder in Gruppen ein riskanteres Verhalten zeigen als Kinder, die alleine unterwegs sind.³⁰⁰

4.3.5 Psychomotorik

Der Entwicklung der Psychomotorik ist mit Kapitel 5.3.1 ein eigenes Kapitel gewidmet, in dem theoretische Zusammenhänge und Förderungspotenziale ausführlich dargestellt werden.

4.4 Methodisch-didaktische Grundlagen

Die zuvor skizzierten entwicklungspsychologischen Voraussetzungen im Grundschulalter und die nur wenig steuerbaren Einflüsse aus der sozialen Umwelt liefern die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung in der Schule stattfindet. Aus diesen beiden konstitutiven Elementen folgen methodisch-didaktische Konsequenzen für die Unterrichtsgestaltung in der Grundschule. Im Handbuch für Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik (2005) sind die folgenden Lehr-Lern-Konzepte für die Grundschule ausgewiesen:

- Entdeckendes Lernen,
- Problemorientiertes Lernen,

²⁹⁸ Köck: Wörterbuch für Erziehung und Unterricht, S. 12.

²⁹⁹ Heinze: Kindgerechte Verkehrserziehung, S. 94.

³⁰⁰ vgl. Limbourg: Kinder im Straßenverkehr, S. 35.

- Anspruchsvolle Lernaufgaben
- Projektorientiertes Lernen,
- Computergestütztes Lernen,
- Lernen im Spiel,
- Lernen im Gespräch,
- Üben.³⁰¹

Für die Gesundheitserziehung scheinen mir von diesen Konzepten am ehesten das „*Entdeckende Lernen*“, das „*Projektorientierte Lernen*“ und das „*Lernen im Gespräch*“ relevant zu sein. Zudem sind für die Charakterisierung des Grundschulunterrichts die folgenden Unterrichtsprinzipien relevant:

- Schülerorientierung,
- Sachorientierung,
- Handlungsorientierung.³⁰²

Wiater definiert Unterrichtsprinzipien als „[...] *für alle Fächer geltenden Grundsätze oder Handlungsregeln der Unterrichtsgestaltung. Ihre Beachtung vergrößert und sichert die Effizienz und die Qualität des Unterrichts.*“³⁰³ Auf Grund ihres allgemeingültigen Anspruchs sind sie daher auch für die Gesundheitserziehung relevant.

Die **Schülerorientierung** wurde durch die reformpädagogische Programmatik einer „*Pädagogik vom Kinde aus*“ begründet. Der Lernende soll zum Subjekt des eigenen Lernprozesses werden. Mit diesem Anspruch geht die Forderung einher, dass „[...] *jede Information adressatengerecht aufbereitet werden muss, wenn sie verstanden werden soll.*“ Die Schüler sollen als „[...] *aktiv und konstruktiv lernende Subjekte eines bestimmten Entwicklungsstands mit einer individuellen Lebens- und Lerngeschichte* [...]“³⁰⁴ an der Unterrichtsgestaltung beteiligt werden. Das Prinzip der Schülerorientierung versucht dementsprechend, sowohl Individualität und Heterogenität der Schüler, die individuelle Lernentwicklung, wie auch die allgemeingültigen Entwicklungsverläufe und die davon abhängigen, alterstypischen Kompetenzen der Schüler bei der Unterrichtsplanung zu berücksichtigen. Die Schülerorientierung erkennt den Schüler als ein aktiv lernendes Subjekt an und versucht die Lebenswelten der Kinder im Unterricht sichtbar zu machen. Mit der Schülerorientierung geht die Forderung einher, die Lehrerzentriertheit zu Gunsten eines Unterrichts aufzugeben, „[...] *der vom Schüler her, mit dem Schüler zusammen und auf den Schüler hin geplant und gestaltet ist.*“³⁰⁵

Einsiedler (u.a.) kritisieren die Schülerorientierung als ein diffuses Prinzip, unter dem gleichermaßen die Anknüpfung an Lernvoraussetzungen, das Aufgreifen der Lebenswelt, verschiedene informell-offene Unterrichtsmethoden oder auch projektähnliche Konzepte verstanden werden kann; eine Beliebigkeit, die seiner

³⁰¹ vgl. Einsiedler/Götz/Hacker/Kahlert/Keck/Sandfuchs (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik, S. 373-429.

³⁰² vgl. Wiater: Unterrichtsprinzipien, S. 8-14.

³⁰³ „ebd.“, S. 6.

³⁰⁴ „ebd.“, S. 8.

³⁰⁵ „ebd.“, S. 9.

Ansicht nach mit zu einer „*Krisensituation*“ in der Sachunterrichtsdidaktik der 1980er und 1990er Jahre beigetragen hat.³⁰⁶

Die **Sachorientierung** stellt drei Forderungen, wie der Lerngegenstand im Unterricht aufzubereiten sei: Die „*Sachgerechtigkeit*“ verlangt erstens, dass der Lerngegenstand - nach aktuellem Stand der Wissenschaft - sachlich richtig dargestellt wird, das heißt, dass er sprachlich und mehrperspektivisch so aufbereitet wird, damit die Schüler zweitens „*Sachverstand*“ erwerben können und drittens, dass sich auch die Schüler dem „*Primat der Sache*“ unterzuordnen haben („*Sachlichkeit*“). „*Das setzt beim Schüler ein zeitweiliges Zurückstellen anderer Wünsche und Interessen voraus und den Willen, sich allein darauf zu konzentrieren, wie seine Fragen an die Sache von dieser 'beantwortet' werden.*“³⁰⁷

In einer engen Verbindung zur Schüler- und Sachorientierung steht die **Handlungsorientierung**. Der Handlungsorientierte Unterricht hat seine historischen Wurzeln ebenfalls in der Reformpädagogik und ist ein „[...] *Sammelname für recht unterschiedliche methodische Praktiken. [...] Ihr gemeinsamer Kern ist die eigentätige, viele Sinne umfassende Auseinandersetzung und aktive Aneignung eines Lerngegenstandes.*“³⁰⁸

„*Handlungsorientierung*“ als grundlegendes Unterrichtsprinzip lässt sich sozialisationstheoretisch, lerntheoretisch und entwicklungspsychologisch begründen. Die sozialisationstheoretische Begründung verweist auf die veränderte Lebenswelt von Kindern in den modernen und technischen Ländern, die zu einer Verarmung an sinnlich-handelnden Tätigkeiten und Abnahme der unmittelbaren und direkten Erfahrungen zu Gunsten sekundärer Erfahrungen (etwa durch die Medien) führt (siehe auch Kapitel 4.2.2). Zu den Aufgaben der Schule gehört es auch, diese Reduktion kindlicher Erlebnisse auszugleichen, in dem im Unterricht unmittelbare und konkrete Erfahrungen möglich werden.³⁰⁹

Eine lerntheoretische Begründung des Handlungsorientierten Unterrichts verweist darauf, dass Lernen ein aktiver Prozess ist, bei dem Handeln und Denken wechselseitig aufeinander bezogen sind. „*Denken geht aus dem Tun hervor und wirkt als Handlungsregulation auf dieses zurück.*“³¹⁰ Das Lernprinzip im Handlungsorientierten Unterricht ist daher das „*Entdeckende Lernen*“. Das Lernen soll das Ergebnis von selbstgesteuerten Aktivitäten des Schülers sein, der mit allen ihm zur Verfügung stehenden Sinnen im Unterricht Erfahrungen macht, die er in die bereits vorhandenen Denk-, Gefühls- und Kompetenzstrukturen integriert. Lernen ist im Handlungsorientierten Unterricht immer an Handlungen, an „[...] *absichtsvolle, zielstrebig und sinnhaft vollzogene Tätigkeiten* [...]“ gebunden.³¹¹

Gerade für die Grundschule ist der Handlungsorientierte Unterricht von großer Bedeutung, da in dieser Altersklasse die kognitiven Strukturen eng mit

³⁰⁶ vgl. Einsiedler/Martschinke/Kammermeyer: Die Grundschule zwischen Heterogenität und gemeinsamer Bildung. In: Cortina u.a. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik, S. 354.

³⁰⁷ vgl. Wiater: Unterrichtsprinzipien, S. 12.

³⁰⁸ Gudjons: Handlungsorientiert lehren und lernen, S. 8.

³⁰⁹ „ebd.“, S. 67.

³¹⁰ „ebd.“, S. 70.

³¹¹ Wiater: Unterrichtsprinzipien, S. 12.

Handlungsschemata verbunden sind und sich anhand von diesen verändern und entwickeln. Die allgemein lerntheoretische Begründung geht daher für das Grundschulalter mit einer entwicklungspsychologischen einher. Ein Beleg hierfür sind die Erkenntnisse zur kognitiven Entwicklung nach Piaget, die mit dem Anschaulich-konkret-praktischen beginnt und eine Entwicklung zum Abstrakt-formal-geistigen vollzieht (vgl. Kapitel 4.3). Im konkreten Handeln werden dabei Begriffe gewonnen, das Verständnis für konkrete und allgemeine Zusammenhänge gefördert und die anfänglich eher spielerischen und intuitiven Aktivitäten zu bewusstem Handeln weiterentwickelt. Der Handlungsorientierte Unterricht sollte daher einen hohen Anteil an Selbsttätigkeit des Schülers aufweisen. Dem Kind soll die Möglichkeit gegeben werden, in handelnden Lernformen wie Spiel, Erkundung, Erforschung, Entdeckung, Herstellen, Ausprobieren, Nachprüfen, Experimentieren zu lernen. Ein solches Lernen ist im Ideal des Handlungsorientierten Unterrichts ein entdeckendes, ganzheitliches Lernen mit allen Sinnen. Die Schüler sollen zur Hypothesenbildung, zur Handlungsplanung und zur Überprüfung ihrer Vorstellungen ermutigt werden. Auf diese Weise erwerben die Schüler Verantwortung für ihr eigenes Handeln, dabei werden zugleich soziale, kooperative und kommunikative Kompetenzen geschult.³¹²

Die drei Unterrichtsprinzipien der Schüler-, Sach- und Handlungsorientierung erscheinen mir als geeignete Orientierungsmuster, und gesundheitsbezogene Inhalte im Unterricht der Grundschule zu planen und umzusetzen. Einsiedler (u.a.) fordern allerdings für den Sachunterricht ein stärker lernpsychologisch fundiertes Vorgehen als ein Festhalten an solchermaßen unspezifischen, offenen Unterrichtsprinzipien:

„Für die Unterrichtsdurchführung selbst stellt sich - durch Forschung abgesichert - immer deutlicher heraus, dass im Sachunterricht eine Kombination von strukturiertem Lehrer-Schüler-Gespräch und Phasen selbstgesteuerten Lernens mit Erkundungen, Beobachtungen zur sozialen und natürlichen Umwelt, experimentierenden ('Hands-on') Aktivitäten erfolgsversprechend ist.“³¹³

Unabhängig von den verschiedenen zu Grunde liegenden pädagogischen Unterrichtsprinzipien formuliert Schneider (1993) als Rezept für die Gesundheitserziehung in der Grundschule:

„Für den Unterricht selbst gilt: Gesundheitserziehung muss zu allererst Freude machen (Lachen ist ein methodischer und sachlicher Gesundheitsfaktor!). Der Erlebnisaspekt sollte betont werden, die Selbsttätigkeit gefördert, die Sinne angesprochen und die Kommunikationsfreude gestärkt werden. Die Gefühlswelt ist ausdrücklich einzubeziehen, die Schüler sollten Raum haben für eigene Entscheidung. Methodisch wichtig sind auch rasche Erfolge, die beste Motivation ist immer noch die soziale Anerkennung.“³¹⁴

³¹² vgl. „ebd.“

³¹³ Einsiedler/Martschinke/Kammermeyer: Die Grundschule zwischen Heterogenität und gemeinsamer Bildung. In: Cortina u.a. (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik, S. 354.

³¹⁴ Schneider: Entwicklungen, Konzepte und Aufgaben schulischer Gesundheitsförderung. In: Priebe/Israel/Hurrelmann (Hrsg.): Gesunde Schule, S. 61.

4.5 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Die in diesem Kapitel dargestellten Erkenntnisse über die pädagogischen Grundlagen der Institution Grundschule und die spezifischen Bedingungen des dazugehörigen Schülerklientels haben ihre Konsequenzen für die Gesundheitsförderung im Grundschulalter. Zum einen bilden sich in dieser Lebensphase erste gesundheitsbezogene, wiederkehrende Verhaltensweisen - in gewisser Hinsicht als Frühformen von konsistenten Lebensstilen - aus. Bei der Ausbildung dieser Verhaltensweisen konkurrieren verschiedene, unterschiedlich gesundheitsorientierte Leit- und Vorbilder miteinander: Die Eltern übertragen mehr oder weniger bewusst etwa ihre Essensgewohnheiten auf die Kinder, die Medien versuchen den Konsum von Lebensmitteln und Lebensgefühl zu verknüpfen, die Peergroup setzt nochmals eigene Maßstäbe (vgl. Kapitel 4.2.2). Da die Kinder in dieser Altersklasse noch nicht in der Lage sind, sich gegen die Einflüsse der verschiedenen Systemwelten abzugrenzen, besitzt die Grundschule eine wichtige Orientierungs- und Steuerungsfunktion. Zwar ist die Kindheit - gemessen an objektiven Gesundheitskriterien die gesündeste Lebensphase -, dennoch lässt sich zugleich eine „neue Morbidität“ beobachten, die durch subjektiv erlebte Belastungen, Verhaltensauffälligkeiten und einer Vielfalt an psychosozialen Faktoren gekennzeichnet ist (siehe hierzu Kapitel 5). Diese „neue Morbidität“ ist ein Hinweis darauf, dass der Entwicklungs- und Sozialisationsprozess im Grundschulalter mit erheblichen Belastungen und Spannung einhergeht, deren Ursachen nicht nur in der außerschulischen Umwelt (Familie, Peergroup, ...) zu suchen, sondern häufig auch selbst in der Institution Grundschule verortet sind (vgl. Kapitel 4.2.2.2). Die Umgestaltung der Schule hin zu einem gesunden Lebensraum ist somit eine der wichtigsten Aufgaben der Gesundheitsförderung, von der gleichermaßen Lehrkräfte und Schüler profitieren (vgl. 4.1.2.2). Außerschulische Projekte können wichtige Impulse für diesen Prozess liefern. Auf der Ebene der konkreten Unterrichtseinheiten können zum einen etwa Maßnahmen der Bewegungs- oder der Mobilitätserziehung dazu beitragen, dass sich der objektive Gesundheitszustand von Grundschulkindern weiter verbessert, zum anderen, den Kindern Hilfen für eine angemessene Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und damit zur Reduktion von subjektiven Belastungen beitragen. Hierzu wären etwa Maßnahmen zur Entspannungsregulation oder im Rahmen der Gewaltprävention zu nennen.

Folgt man der Theorie der kognitiven Entwicklung nach Piaget, muss man davon ausgehen, dass sich der Großteil der Grundschüler in dem Stadium der konkreten Operationen befindet (vgl. Kapitel 4.3.2), woraus auch für die Gesundheitsförderung in der Grundschule bestimmte didaktische Konsequenzen folgen. Zu diesen gehören die unter 4.4 genannten Unterrichtsprinzipien der Schüler-, der Sach- und der Handlungsorientierung. In diesem Unterkapitel soll abschließend die Frage beantwortet werden, wie diese Erkenntnis bei der Konzeption der Unterrichtsbeiträge zum Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ berücksichtigt wurden.

Die Schülerorientierung beginnt bereits bei der Konzeption eines Projektes, der Auswahl der Themen und der Konzeption der jeweiligen Unterrichtsbeiträge. Sie

wurde im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ an mehreren Stellen berücksichtigt. Veranschaulicht werden soll dies am Beispiel der verkehrspädagogischen Maßnahmen der Polizei im 2. Schuljahr (vgl. Kapitel 9.3.2). Definiert man Schülerorientierung darüber, dass die Schüler als „[...] *aktiv und konstruktiv lernende Subjekte eines bestimmten Entwicklungsstands mit einer individuellen Lebens- und Lerngeschichte* [...]“³¹⁵ an der Unterrichtsgestaltung beteiligt werden (siehe 4.4), so wurden diese Kriterien bei dieser Unterrichtseinheit wie folgt realisiert: Die thematische Auswahl „Koordinationsübungen mit favorisierten Spielgeräten und Simulation von Gehwegsituationen“ entspricht dem Verkehrsverhalten der Kinder, das sich in dieser Altersklasse noch hauptsächlich auf dem Gehweg „abspielt“, wobei bereits verschiedene Fahrzeuge zum Einsatz kommen können. Psychomotorische Schwächen bei der Nutzung dieser Fahrzeuge (vgl. Kapitel 5.3.1) und durch den kindlichen Egozentrismus bedingte Defizite bei der Antizipation der Verhaltensabsicht anderer Verkehrsteilnehmer (vgl. 4.3.2) sind wesentliche Unfallursachen in diesem Alter, die mit dieser Unterrichtseinheit reduziert werden sollten. Da die Schüler selbst entscheiden durften, mit welchen Fahrzeugen oder Spielgeräten sie die Übungen ausführen wollten, war ein weiterer Aspekt der Schülerorientierung in dieser Unterrichtseinheit gegeben. Die Kinder bekamen somit eine konkrete Mitgestaltungsmöglichkeit und konnten selbst eigene Lebensweltbezüge in den Unterricht einbringen. Diese Maßnahmen dürften zu einer deutlichen Erhöhung der Lernmotivation bei den Schülern beigetragen haben.

Dem Prinzip der Sachorientierung wurde in gewisser Hinsicht schon durch den „Experten“-Status der außerschulischen Projektpartner entsprochen. Die spezifischen Inhalte und die beabsichtigten Präventionsziele bildeten den Ausgangspunkt aller Überlegungen. Insofern Schüler- und Sachorientierung auch konkurrierende Unterrichtsprinzipien sein können, lag der Schwerpunkt tendenziell stärker auf Seiten der Sachorientierung. Als Beispiel hierfür sollen die Maßnahmen zur Kinderrückenschule im 3. Schuljahr (vgl. Kapitel 9.3.3) genannt werden. Das Programm basierte auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Rückengesundheit. Die notwendigen Kenntnisse über den Aufbau der Wirbelsäule waren den Eltern (auf einem Elternabend) und den Kindern (in Kombination mit dem so genannten „Schulranzen-TÜV“) vermittelt worden. Weiterhin wurden diese gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse durch motorische Übungen, Spielformen, Bilderbögen und Reime kindgerecht in die Alltagspraxis übersetzt. Dem Anspruch der Sachorientierung wurde insofern entsprochen, da mit der richtigen rückengesunden Bewegungsausführung ein objektives Kriterium gegeben war, an die sich auch alle anderen aus der Lebenswelt der Kinder stammenden und ggf. ungesunden Bewegungsausführungen anzupassen hatten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Altersangemessenheit der Inhalte zu berücksichtigen, um die Kinder weder zu überfordern noch mit Themen zu konfrontieren, die für sie vergleichsweise weniger aktuell sind. Die Thematisierung von Eigentum und Diebstahl (Unterrichtseinheit im 2. Schuljahr), war ein solches Thema, das die Kinder in dieser Altersklasse sehr beschäftigte; die Inhalte der Bus-Schule wurde von der Sekundar- für die Primarstufe entsprechend umgestaltet.

Das Primat der Handlungsorientierung wurde in vielen Unterrichtsbausteinen aufgegriffen. Die Wirksamkeit eines handelnden Unterrichts ist für die Grundschule

³¹⁵ Wiater: Unterrichtsprinzipien, S. 8.

auch aus den unter 4.3 und 4.4 genannten Gründen so evident, dass kaum ein Unterrichtsbeitrag auf die Vorteile eines Handlungsorientierten Unterrichts verzichten kann. Auch die bereits erwähnten Interventionsmaßnahmen der Polizei zur Verkehrserziehung der Kinder oder die Kinderrückenschule waren handelnd konzipiert. Weitere Programme, die umfassende handlungsorientierte Bezüge aufwiesen, waren die Maßnahmen der Feuerwehr und die Kochpraxis. Bei den Einheiten der Feuerwehr konnten die Kinder in der Praxis den sicheren Umgang mit Feuer kennenlernen. In der Lehrküche lernten die Kinder alle für das Zubereiten einer gesunden Nahrung relevanten Handlungsschritte (vom Abwiegen der Zutaten bis zum Spülen des Geschirrs) in der Praxis kennen.

Weitere Bausteine, die als Reaktion auf die entwicklungspsychologischen und sozialtheoretischen Voraussetzungen der Grundschul Kinder bei der methodisch-didaktischen Konzeption der Unterrichtseinheiten berücksichtigt wurden, werden im Folgenden nur in Stichworten aufgelistet. Hierzu gehörte etwas das bereits unter 4.4 als bedeutsames Unterrichtskonzept benannte „Entdeckende Lernen“. Dies wurde beispielsweise in der Unterrichtseinheit zu „Strom“ im 3.Schuljahr anhand des AVU-Strom-Spielhaus³¹⁶ umgesetzt. An diesem Modellhaus konnten die Kinder erste Kenntnisse im sicheren³¹⁷ Umgang mit Strom entdeckend lernen: einfacher Stromkreis, Reihen- und Parallelschaltung, Leiter und Nichtleiter.

Weiterhin erscheint es wegen der kognitiven Entwicklung (in diesem Fall als Prozess) sinnvoll, Themen in mehreren Schuljahren anzusprechen, um nach vollzogenen Entwicklungsschritten die Inhalte auf einem höheren Niveau erneut bearbeiten zu können. Im Sinne eines solchen Spiralcurriculums werden die Inhalte nicht nur durch die Wiederholung vertieft, sondern auch weiterentwickelt. Ein solches Spiralprinzip lag etwa dem Brandschutz-Programm der Feuerwehr zu Grunde, das in allen vier Jahren aufeinander aufbauende Inhalte umsetzte. Auch die Bus-Schule (2. und 4. Schuljahr) wurde mit einjähriger Unterbrechung in zwei verschiedenen Entwicklungsphasen der Kinder durchgeführt.

Abschließend soll noch erwähnt werden, dass die veränderte Kindheit (vgl. Kapitel 4.2.2) mit der Reduzierung von Primärerfahrungen einhergeht, an deren Stelle durch die medienvermittelte Sekundärerfahrungen treten.³¹⁸ Um diese Entwicklung zu kompensieren, ist der Besuch außerschulischer Lernorte notwendig, da dort neue und andere Erfahrungen gemacht werden können. Zudem ist die Unterrichtsdurchführung außerhalb der Schule für die Kinder etwas Ungewöhnliches und gibt diesem Unterricht damit eine besondere Stellung. An diese Exkursionen erinnern sich Schüler gerne und behalten so das Gelernte länger. In dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ wurden mit dem Besuch der Feuerwache, des VER-Verkehrshofs, oder dem Unterricht in der Lehrküche verschiedene außerschulische Lernorte aufgesucht.

³¹⁶ www.vwew.de/Fachmedien/tabid/113/ProductID/5826/List/1/Default.aspx? (verfügbar am: 06.08.10).

³¹⁷ Alle Arbeiten mit Strom laufen über eine 4,5 Volt Flachbatterie.

³¹⁸ vgl. Rolff/Zimmermann: Veränderte Kindheit – Veränderte pädagogische Herausforderungen. In: Fölling-Albers (Hrsg.): Veränderte Kindheit – Veränderte Grundschule, S. 28-39.

Auf der bildungs- bzw. gesundheitspolitischen Ebene ist es erforderlich, dass Gesundheitsförderung als eine zentrale Aufgabe der pädagogischen Arbeit anerkannt wird. Das Engagement in Kindergärten und Schulen darf nicht davon abhängig sein, ob Erzieher und Lehrer die Notwendigkeit gesundheitsbezogener Prävention erkannt haben, oder ob sie diese als aufgabenfremde Zusatzbelastung wahrnehmen. Sofern dies nicht schon geschehen ist, muss sich also auch das Aufgabenverständnis der Verantwortlichen ändern. Ein Schritt in diese Richtung liegt darin, Vorstellungen einer gesunden und bewegten Schule in die Schulprogramme zu implementieren. Eine entsprechende Ausbildung der Lehrer in diesem Gebiet sollte in Zukunft zu den Schwerpunkten gesundheitsfördernder Bildungspolitik gehören.

5 Gesundheitszustand und -risiken im Kindesalter

In diesem Kapitel wird der Gesundheitszustand von Kindern in Deutschland beschrieben. In dem ersten Teilkapitel werden international repräsentative Daten vorgestellt, um den Gesundheitszustand von Kindern in Deutschland mit dem von Heranwachsenden aus anderen Ländern vergleichen zu können. Im zweiten Teilkapitel werden daran anschließend, ausführlicher und detaillierter vorliegende Daten zu einzelnen Präventions- und Anwendungsfeldern diskutiert. Hierbei geht die Darstellung über die einzelnen epidemiologischen Daten hinaus; sie schließt vielmehr auch die Sachanalyse der jeweiligen Thematik, eine Ausweisung von Risikogruppen und mögliche (schulische) Präventionsmaßnahmen ein.

Die Vielfalt an Erkrankungen und Gesundheitsstörungen im Kindesalter erfordert eine Reduzierung auf bestimmte Thematiken, sodass u.a. die folgenden Dimensionen im Weiteren nicht in den Blick genommen werden:

- chronische und akute somatische Erkrankungen,
- psychische Erkrankungen,
- Drogen- und Suchtmittelkonsum (ist eher Gegenstand jugendlichen Risikoverhaltens und im Grundschulalter noch vergleichsweise wenig aktuell).³¹⁹

5.1 Gesundheitszustand von Schulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich

Das zweite WHO-Jugendgesundheitssurvey, die internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie (2005/2006), ist die gegenwärtig umfassendste, repräsentative internationale Studie zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. Die Studie untersuchte die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten in 41 europäischen und nordamerikanischen Ländern sowie Israel, wobei der Forschungs-Schwerpunkt auf dem subjektiven Gesundheitszustand lag, sodass methodisch vor allem die von den Schülern berichteten Beschwerden (Fragebogen-Erhebung) und weniger objektive Daten (etwa aus medizinische Untersuchungen) erfasst wurden.³²⁰ Die mit dem HBSC-Fragebogen vorgenommene Fokussierung auf das subjektive Gesundheitserleben und auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wurde mit der Verschiebung von akuten zu chronischen Gesundheitsstörungen, und von physischen zu emotionalen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen begründet.³²¹

³¹⁹ Zwar machen zahlreiche Schüler bereits im Grundschulalter erste Erfahrungen mit Zigaretten als Einstiegsdroge, repräsentative Zahlen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) liegen allerdings erst für die Altersklasse ab zwölf Jahren vor. In der Altersklasse der 12- bis 13-Jährigen bezeichnen sich ca. 2% als „ständige Raucher“. Darüber hinaus zeigen die Zahlen der BzgA, evtl. teilweise entgegen der öffentlichen Meinung, dass das Durchschnittsalter bei den ersten Raucherfahrungen in den letzten 20 Jahren von 13,3 Jahren (1986) auf 13,7 Jahren (2001) leicht angestiegen ist. Daten nach: Robert Koch Institut (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 60f.

³²⁰ vgl. Richter u.a. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten und Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (2008).

³²¹ vgl. Erhart u.a.: Gesundheit, Jugend und sozialer Kontext - Ergebnis des zweiten HBSC Jugendgesundheitssurvey für Deutschland, S. 2. In Deutschland hat, wie in den anderen westlichen Industrienationen auch, die Mortalität und Morbidität durch die klassischen Infektionskrankheiten kontinuierlich abgenommen; auch Erkrankungen auf Grund von defizitärer Hygiene oder Mangelernährung

Insgesamt wurden mit der HBSC-Studie über 200.000 Kinder und Jugendliche befragt. In Deutschland umfasste die Stichprobe über 7.274 Schüler und Schülerinnen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren aus fünf Bundesländern.³²² Das Grundschulalter war damit zwar nicht direkt Gegenstand der Erhebung, jedoch dürften die Daten der 11-Jährigen Hinweise auf den Gesundheitszustand von Grundschulern liefern. Eine entsprechende repräsentative und internationale Studie über den Gesundheitszustand von Grundschulern liegt nicht vor. Im Weiteren werden daher die zentralen Ergebnisse für die 11-jährigen Kinder aus dem HBSC-Report³²³ vorgestellt:

- Jeweils 11% der befragten 11-jährigen Jungen und Mädchen in Deutschland bezeichnen ihren Gesundheitszustand nur als „*einigermaßen*“ oder sogar als „*schlecht*“. Dieser Wert entspricht in etwa dem internationalen Durchschnitt von 12%.
- Jedes fünfte deutsche Kind (22% der Mädchen, 18% der Jungen) bestätigte, mehrmals in der Woche unter konkreten gesundheitlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Rückenschmerzen) oder unter Anzeichen erhöhter psychischer Belastung (Nervosität, Reizbarkeit) zu leiden. Dieser Wert liegt unter dem internationalen Durchschnitt von 29% bei den 11-Jährigen.
- 41% der Mädchen und 51% der Jungen aus Deutschland waren innerhalb der letzten zwölf Monate wegen einer Erkrankung oder Verletzung in ärztlicher Behandlung gewesen. Diese Werte liegen geringfügig über dem internationalen Durchschnitt von 38% (Mädchen) und 49% (Jungen).
- Unterhalb des internationalen Durchschnitts (Mädchen: 12%, Jungen: 16%) liegt der Anteil der 11-Jährigen, bei denen anhand des Body-Mass-Index (BMI) Übergewicht oder Adipositas diagnostiziert wurde. In Deutschland waren davon bei den Mädchen 10%, bei den Jungen 13% der untersuchten Kinder betroffen. Siehe auch Kapitel 5.3.2.
- Bedenklich erscheint dagegen, dass sich in Deutschland 39% der Mädchen und 29% der Jungen im Alter von elf Jahren für zu dick halten. Diese Werte sind im Ranking die dritthöchsten. Der internationale Durchschnitt liegt bei 28% (Mädchen) und bei 20% (Jungen). Bei den 13- und 15-Jährigen liegt Deutschland sogar an der Spitze des internationalen Rankings. Dies deutet darauf hin, dass ein Großteil der Kinder bereits in jungen Jahren mit der eigenen Figur unzufrieden ist, was zu einer übermäßigen gedanklichen Auseinandersetzung mit dem Essen und zu gewichtsregulierenden Verhaltensweisen (z.B. Diäten) führen kann. Auf die Frage, ob sie gegenwärtig eine Diät machen würden, bestätigten dies jeweils 13% der 11-jährigen Jungen und Mädchen. Dieser Wert entspricht dem internationalen Durchschnitt. Auch bei den 13- und 15-Jährigen machten die deutschen Jugendlichen keine überdurchschnittlichen Angaben zum Diätverhalten.

sind selten geworden (vgl. Kamtsiuris/Atzpodien/Ellert/Schlack/Schlaud: Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), S. 686.).

³²² vgl. Erhart u.a.: Gesundheit, Jugend und sozialer Kontext - Ergebnis des zweiten HBSC Jugendgesundheits survey für Deutschland, S. 7f.

³²³ Currie u.a. (eds.): Inequalities in young people`s health. HBSC international report from the 2005/2006 survey (2008).

- Exakt $\frac{3}{4}$ der in Deutschland befragten 11-jährigen Jungen und Mädchen (keine Geschlechtsunterschiede) frühstücken bevor sie in die Schule gehen. Der internationale Durchschnitt liegt bei 69%.
- Jedes zweite 11-jährige Mädchen und etwa jeder dritte Junge (36%) in Deutschland isst täglich Obst, diese Werte entsprechen - einschließlich des hohen geschlechtsspezifischen Unterschieds - dem internationalen Durchschnitt.
- Bei der Mundhygiene liegen die deutschen Kinder im oberen Drittel des Rankings, 85% der Mädchen und 75% der Jungen putzen sich mehr als einmal am Tag die Zähne. Im internationalen Durchschnitt sind es nur 67% der Mädchen und 65% der Jungen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die erhobenen Gesundheitsparameter kaum Besonderheiten für die 11-jährigen Kinder in Deutschland aufweisen - mit Ausnahme eines Spitzenplatzes bei den Kindern, die sie sich zu dick fühlen. Dies lässt befürchten, dass Heranwachsende in Deutschland bereits in jungen Jahren ihr Ernährungsverhalten mit gewichtsregulierenden Maßnahmen verändern, die eine erhöhte Gefahr für verschiedene Essstörungen bergen.³²⁴ Auch wenn die deutschen Kinder und Jugendlichen beim erfragten Diätverhalten keine höheren Zahlen nannten als Kinder aus anderen Nationen, lässt sich doch für eine große Zahl an Kindern, die sich zu dick fühlen, eine hohe Körperunzufriedenheit und damit einhergehende, psychische Belastungen vermuten. Zu den Einflüssen des Selbstkonzepts und Körperbilds auf das Selbstwertgefühl und das Gesundheitsverhalten siehe auch Kapitel 6.2.

5.2 Gesundheit und soziale Ungleichheit

Wie der Titel des HBSC-Reports *„Inequalities in young people`s health“* verdeutlicht, ist der hohe Zusammenhang von Gesundheit und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen zunehmend in den Mittelpunkt gesundheitswissenschaftlicher Diskurse und Untersuchungen gerückt. Nach Dür, Leiter des österreichischen Teils im HBSC-Report, wird dieser Zusammenhang in den Gesundheitswissenschaften theoretisch über drei Basiskonzepte hergeleitet:

- Das Konzept der *„Umweltgerechtigkeit“* thematisiert, dass Kinder aus den „unteren“ gesellschaftlichen Schichten vielfach unter ökologisch ungünstigen Verhältnissen heranwachsen. Hierzu zählen z.B. beengte Wohnverhältnisse, hohe Verkehrsbelastung und Luftverschmutzung in den Wohngebieten - also Umweltfaktoren, denen eine unmittelbare, gesundheitsschädliche Wirkung zugeschrieben werden kann.
- Das Konzept des *„Sozialkapitals“* besagt, dass die Familien günstige und ungünstige Wirkungen (re)produzieren. Beispiele für ungünstige Wirkung wären: *„Instabilität der Familie bzw. der Ehe und Ehescheidung, Vernachlässigung und Unerwünschtheit des Kindes, mangelnde Fürsorge, Suchterkrankung der Eltern, Gewalt oder Erschöpfung der Eltern führen bei den Kindern zu Belastungen und*

³²⁴ vgl. Hölling/Schlack: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, S. 795.

*können deren psychische und physische Entwicklung hemmen oder sogar in die Krankheit abdrängen.*³²⁵

- Das Konzept der „sozialen Ungleichheit“ beschreibt, wie sich komplexe Lebenssituationen (Bildung, Konsumgewohnheiten, subkulturelle Zugehörigkeit) auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand von Menschen auswirken.³²⁶

Das Konzept der sozialen Ungleichheit wird im Weiteren aufgegriffen, da es anschlussfähig an die unter 4.2.1 diskutierte Lebensstile-Theorie ist. Die anderen Ansätze sind dabei mitzudenken, so ist z.B. auch die Umweltgerechtigkeit Ausdruck von sozialer Ungleichheit.

Als soziale Ungleichheit bezeichnet man, „[...] wertvolle, nicht absolut gleich und aufgrund von Positionen in gesellschaftlichen Beziehungsgefügen verteilte, vorteilhafte bzw. nachteilige Lebensbedingungen von Menschen.“³²⁷ Verschiedene Differenzierungskriterien sind denkbar: So kann eine Einteilung einer Gruppe nach dem Geschlecht, dem Alter, der Nationalität (z.B. als Auswirkungen von Migration), einer Behinderung bzw. Nichtbehinderung, anhand von topographischen Maßstäben (Stadt-Land-, Ost-West-Gefälle), dem Bildungsstand oder anhand des Einkommens vorgenommen werden. Nicht allen Ungleichheitsdimensionen kommt die gleiche Bedeutung zu: Für die Ausbildung von Denk- und Verhaltensweisen wird dem Beruf, dem Einkommen, der Lebensform (Familiensituation) und dem Bildungsstand den höchsten Einfluss zugeschrieben.³²⁸ Untersuchungen, die den sozialen Status in den Blick nehmen, orientieren sich in der Regel am Bildungsstand, der beruflichen Stellung und dem Einkommen. Bei Kindern werden die entsprechenden Daten der Eltern herangezogen. In diesem Kapitel beziehe ich mich auf den Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit.

Eine Metaanalyse von Mielck/Helmert aus den Jahren von 1980 bis 2004 zeigte, dass die Publikationen von empirischen Ergebnissen zur sozialen Ungleichheit der Gesundheit in diesem Zeitraum (1980: zehn Veröffentlichungen pro Jahr; 2004: 48 Veröffentlichungen pro Jahr) um nahezu 500% zugenommen hatten.³²⁹ Die Ergebnisse dieser Studien sind dabei bis heute weitgehend konsistent und belegen nicht nur für Deutschland, dass der Gesundheitszustand eines Menschen mit seiner gesellschaftlichen Position korreliert:

*„[Ein] Schichtgradient findet sich jedoch in allen Industriegesellschaften, wenn auch unterschiedlich ausgeprägt, und er zeigt sich bei nahezu allen uns bekannten Todesursachen.“*³³⁰

Der HBSC-Report von 2005/06 fokussierte wie gesagt ebenfalls die Einflüsse sozial ungleich verteilter Lebensbedingungen auf das Gesundheitsempfinden und -

³²⁵ Dür: Gesundheitsförderung in der Schule, S. 33.

³²⁶ „ebd.“, S. 30ff.

³²⁷ Hradil: Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung, Mobilität. In: Korte/Schäfers (Hrsg.): Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie, S. 206.

³²⁸ vgl. Hradil: Soziale Ungleichheit in Deutschland, S. 486.

³²⁹ vgl. Mielck/Helmert: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 612.

³³⁰ Badura/Iseringhausen/Strodtholz: Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 193.

verhalten von Heranwachsenden. Die Autoren kommen für die untersuchten 41 Nationen zu dem Schluss:

*„Socioeconomic inequalities in health among adults and young children have been studied extensively for the past 30 years. Individuals with lower education, lower occupational status and lower income suffer more often from poor health and have higher mortality than those who are wealthier, have higher social status or are more educated.“*³³¹

Einen umfassenden Überblick über die bis 2005 vorliegenden Daten für Deutschland liefert die von Lampert/Ziese vorgelegte Expertise *„Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit.“*³³² Aktuellere Daten liegen mit dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) vor, auch hier wurde die Bedeutung der sozio-ökonomischen Lebensbedingungen für den objektiven Gesundheitszustand und das subjektive Wohlbefinden herausgestellt. Gemessen wurde der soziale Status über die Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung, der beruflichen Qualifikation und dem Haushaltsnettoeinkommen.³³³ Kinder aus den anhand dieser Merkmale definierten unteren Schichten, schätzten ihren Gesundheitszustand deutlich seltener für „sehr gut“ ein, als Kinder von Eltern mit mittlerem und hohem Sozialstatus.³³⁴ Sie wiesen u.a. häufiger psychomotorische Defizite und einen geringeren Umfang an körperlich-sportlicher Aktivität auf (vgl. Kapitel 5.3.1.2.1), eine schlechtere Mundhygiene³³⁵, ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas (vgl. Kapitel 5.3.2.1), eine höhere Unfallbelastung (vgl. Kapitel 5.3.3.2), mehr Gewalterfahrungen (vgl. Kapitel 5.3.4.2.1) und zeigten generell mehr Verhaltensauffälligkeiten³³⁶.

So konsistent sich ein Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand zeigt, so komplex dürften die dafür zu Grunde liegenden konkreten Wirkungszusammenhänge sein. *„Die Liste der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Verhaltensweisen ist nahezu unendlich lang, zumal sie sich nicht nur auf die gegenwärtigen Lebensbedingungen beschränken sollte. Die meisten Krankheiten weisen eine lange Entstehungsgeschichte auf, und die Sozialisation übt einen prägenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus.“*³³⁷

Anhand der folgenden Ansätze wird versucht, den Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu erklären:

- konkretes gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Suchtmittelkonsum);
- Risikofaktoren, die durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbar sind (z.B. Übergewicht, Bluthochdruck);

³³¹ Currie (u.a.) (eds.): Inequalities in young people`s health, S. 177.

³³² Lampert/Ziese: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: RKI 2005.

³³³ Lange (u.a.): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 583.

³³⁴ „ebd.“, S. 584.

³³⁵ vgl. Schenk/Knopf: Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 655.

³³⁶ vgl. Hölling (u.a.): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 729.

³³⁷ vgl. Mielck/Helmert: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 617.

- belastende Wohn- und Umweltbedingungen (z.B. Verkehrsdichte, Lärm);
- Vorsorgeverhalten (Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen);
- gesundheitliche Versorgung (z.B. Arztbesuch, Medikamenteneinnahme).³³⁸

Als unstrittig gilt gegenwärtig, dass die Reduzierung gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei gesellschaftlich benachteiligten Gruppen als eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsförderung anzusehen ist. Problematisch ist dabei allerdings, dass gerade diese Gruppen häufig von den Präventionsbemühungen nicht erreicht werden (vgl. Kapitel 7.5). Die Grundschule, als eine Schule für alle Kinder - und damit auch aller gesellschaftlichen Gruppierungen -, ist daher umso mehr als ein zentraler Ort für die Gesundheitsförderung anzusehen.

5.3 Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland

Mit der Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) wurde eine bestehende Lücke in der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland geschlossen. Bis dahin war Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Heranwachsenden in Deutschland mangels einer systematischen und repräsentativen Gesundheitsberichterstattung als defizitär anzusehen.³³⁹ Die KiGGS-Studie stellt vor diesem Hintergrund einen „Meilenstein“³⁴⁰ in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland dar; die gewonnenen Erkenntnisse helfen bei:

- der Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen,
- der Identifizierung von gesundheitspolitisch relevanten Problemlagen,
- der Definition von Gesundheitszielen,
- der Ermittlung von Ansatzpunkten für Prävention und Gesundheitsförderung.

Im Folgenden werden ausgewählte thematische Schwerpunkte der Kinder-Gesundheit vorgestellt. Die Daten der KiGGS-Studie, weitere einschlägige Untersuchungen sowie Erkenntnisse aus dem Projekt *„Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit in einer Primarstufe“* liefern dabei die Grundlage für die Darstellung.

5.3.1 Psychomotorische Defizite

Im Allgemeinen wird ein enger Zusammenhang zwischen der sportlich-körperlichen Aktivität eines Menschen und seinem Gesundheitszustand angenommen. An regelmäßige sportliche Aktivität ist gemeinhin die Erwartung geknüpft, dass sie die Fitness zu verbessern vermag. Zum einen im Sinne einer allgemeinen körperlichen Fitness, etwa der Muskularbeit, der kardiovaskulären Ausdauer oder der Beweglichkeit, zum anderen als physiologische Fitness, worunter Blutdruck,

³³⁸ „ebd.“, S. 618.

³³⁹ vgl. RKI (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, S. 12.

³⁴⁰ Thyen: Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006 - ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 529.

Glukosetoleranz, Blutfettwerte oder auch eine höhere Stresstoleranz verstanden werden. Eine gut ausgebildete Psychomotorik und entsprechende körperliche Aktivität stellen zeitlebens eine wichtige Gesundheitsressource dar, die bis ins hohe Alter hinein eine bedeutende Schutzfunktion bei der Prävention verschiedenster Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, diverse Krebserkrankungen, Haltungsschäden und Rückenbeschwerden, aus Übergewicht resultierende Erkrankungen, Diabetes Typ II) einnehmen.³⁴¹ Dementsprechend wird unzureichende Bewegung als bedeutender Risikofaktor für diese Krankheiten angesehen. Da das Grundschulalter zu den gesündesten Lebensphasen zählt, lassen sich in dieser Altersklasse nur wenige Zusammenhänge zwischen körperlicher Inaktivität und gesundheitlichen Beschwerden statistisch belegen. Eine Beziehung zwischen der körperlichen Aktivität und einer davon abhängigen besseren kardiovaskulären Fitness wurden mit der European Youth Heart Study (EYHS) festgestellt.³⁴² Weiterhin kann körperliche Aktivität im Kindesalter zu einer positiven Identitätsentwicklung beitragen, sie kann der Stressbewältigung dienen, soziale Kontakte fördern und die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben begünstigen. Körperliche Aktivität wird demnach in einem weitverbreiteten Alltagsverständnis ebenso wie in der gesundheitswissenschaftlichen Disziplin als Möglichkeit angesehen, Gesundheitsrisiken zu mindern und Ressourcen zu stärken.³⁴³

Kunz wies motorische Defizite als Ursache für die häufigsten Kinderunfälle (in der Regel Sturzunfälle) nach. So war ein gering entwickelter Gleichgewichtssinn häufig die Ursache bei Stürzen von Spielgeräten. Mangelnde Körperkoordination führte zum Stolpern und eine geringe Reaktionsschnelligkeit war die Ursache für gequetschte und eingeklemmte Finger, da selbst bei erkannter Gefahr die Hand nicht schnell genug aus dem Gefahrenbereich gezogen werden konnte. Vielfach, so Kunz, sind die motorischen Fähigkeiten der Kinder für die Dynamik der Bewegung nicht ausreichend entwickelt.³⁴⁴ Es bleibt weiterhin festzuhalten, dass auch die Teilnahme am Straßenverkehr für Kinder mit psychomotorischen Schwächen, wie unter 5.3.1.1 ausgeführt wird, eine erheblich größere Gefährdung darstellt, als für altersgemäß entwickelte Kinder.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass bereits ein Mindestmaß an körperlicher Fitness vorhanden sein muss, um überhaupt sportlich aktiv werden zu können.³⁴⁵ Eine gut ausgebildete (Psycho-)Motorik ist demnach nicht nur das Ergebnis von, sondern in gewisser Hinsicht auch eine Voraussetzung für bewegungsbezogenes Gesundheitsverhalten.

³⁴¹ vgl. Hollmann: Prävention von Bewegungsstörungen. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 98ff. Hollmann gibt auch eine verständliche Beschreibung wie Bewegungsmangel auf zellulärer Ebene zum Abbau von Insulinrezeptoren beiträgt und dadurch Stoffwechselstörungen verursachen kann.

³⁴² vgl. Ekelund et al.: Independent associations of physical activity and cardiorespiratory fitness with metabolic risk factors in children: the European youth heart study. In: Diabetologia 50/2007, Pp. 1832-1840.

³⁴³ vgl. Hoffmann/Brand/Schlicht: Körperliche Bewegung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindesalter, S. 201ff.

³⁴⁴ vgl. Kunz: Weniger Unfälle durch Bewegung, S. 19ff.

³⁴⁵ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 203.

„Unter menschlicher Motorik versteht man die Gesamtheit der Funktionen des menschlichen Bewegungslebens. Sie umfasst alle wichtigen Bereiche Bewegungsbegabung, Bewegungserfahrung, neurophysiologische Bewegungsentwicklung, Bewegungsausführung sowie motorische Fähigkeiten.“³⁴⁶

Weiterhin lässt sich zwischen Alltagsmotorik, Arbeitsmotorik, Ausdrucksmotorik und Sportmotorik differenzieren. Nach einer anderen Systematik werden menschliche Bewegungen in Fein- und Grobmotorik unterschieden. Bei der Grobmotorik wird die Bewegung durch Kontraktion bzw. Streckung größerer Muskelgruppen ausgeführt, während mit Feinmotorik die Ausführung einzelner, kleinerer Muskelgruppen bezeichnet wird. Bei bestimmten Bewegungen kann durch erfolgreiche Trainingseffekte die Grobkoordination der Muskulatur durch eine Feinkoordination abgelöst werden. Des Weiteren sind bewusste Bewegungen von nicht-willentlich gesteuerten bzw. nicht steuerbaren Bewegungen zu unterscheiden (Motilität³⁴⁷), zu deren bekanntesten Formen die Reflexe zählen. Bei der Ausführung von Bewegungen werden im Allgemeinen der jeweils zuständige Bereich des Nervensystems, der kinästhetische Sinn (Wahrnehmung des eigenen Körpers) und teilweise auch der vestibuläre Sinn (Gleichgewichtssinn) angesprochen.³⁴⁸

Über die rein physiologische Perspektive hinausgehend befasst sich die Psychomotorik mit dem „[...] Zusammenhang von Wahrnehmen, Erleben, Erfahren und Handeln.“³⁴⁹ Dieser interdisziplinäre Gegenstandsbereich ist in Deutschland eng mit den Namen Kiphard und Schilling verbunden.³⁵⁰ Schilling etablierte die Psychomotorik unter dem Namen „*Motologie*“ in den 1970er Jahren als Fachwissenschaft an den Hochschulen. Zentrale Bestandteile der Psychomotorik sind - neben der Bewegungsausführung - Aspekte der sinnlichen Wahrnehmung und des Selbstkonzepts. Darüber hinaus kommt der (durch den Körper vermittelte) Interaktion mit Anderen in diesem Konzept ebenfalls eine große Bedeutung zu. Das Ziel ist es, durch Körper-, Material- und Sozialerfahrungen im (Sport-)Unterricht, gleichermaßen die Ich-, Sozial- und Sachkompetenzen des Kindes zu stärken.³⁵¹ Bei der Psychomotorik steht somit nicht allein die Verbesserung der motorischen Fähigkeiten im Mittelpunkt, vielmehr wird das Bewegungshandeln als eine Möglichkeit zur Verwirklichung der ganzen Persönlichkeit angesehen.

„Dazu zählen sensorische (z.B. Sehen), motorische (z.B. körperliche Beweglichkeit), interaktive (z.B. Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, Kontaktbereitschaft), intellektuelle (z.B. Fähigkeit zur Informationsverarbeitung und Wissensspeicherung) und affektive (z.B. Bindungsfähigkeit, Empathie) Qualifikationen. Entscheidend ist aber, dass sich diese Entwicklungsbereiche sich

³⁴⁶ Rusch/Weineck: Sportförderunterricht, S. 265.

³⁴⁷ Motilität: Gesamtheit der unwillkürlichen, vegetativ oder durch Rückenmarksreflexe gesteuerten Bewegungsvorgänge, vgl. Meyers kleines Lexikon Sport, S. 297.

³⁴⁸ vgl. Rusch/Weineck: Sportförderunterricht S. 265ff.

³⁴⁹ Fischer: Einführung in die Psychomotorik, S. 16.

³⁵⁰ Im Zuge eines DFG-Projektes zur Psychomotorik entwickelten Kiphard und Schilling 1974 den Körper-Koordinationstest für Kinder (KTK), der in dem empirischen Teil dieser Ausarbeitung im Rahmen des Projektes „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ zum Einsatz kam.

³⁵¹ vgl. Rusch/Weineck: Sportförderunterricht, S. 26.

*nicht isoliert, sondern im Handeln konstituieren, das somit eine intrapersonale Vernetzung von Persönlichkeitsdimensionen ermöglicht.*³⁵²

5.3.1.1 Entwicklung der Psychomotorik im Kindesalter

Die Entwicklung der Psychomotorik lässt sich nicht von der allgemeinen körperlichen Entwicklung im Kindesalter trennen, vielmehr sind beide Vorgänge unmittelbar aufeinander bezogen. So ist der bei Kindern zu beobachtende ständige Bewegungsdrang vermutlich eine Begleiterscheinung der körperlichen Entwicklung, da auf Grund des Wachstums und - daraus resultierend - den sich verändernden Proportionen des Körpers die bereits erlernten Handlungs- und Bewegungsabläufe ständig angepasst und modifiziert werden müssen. Kinästhetischer und vestibulärer Sinn müssen sich dabei regelmäßig den sich ständig verändernden Körperverhältnissen anpassen, weshalb Kinder im Vorschulalter ihre Bewegungen noch nicht so umfassend kontrollieren können wie Erwachsene.³⁵³

Schwächen in der Bewegungskontrolle haben bspw. zur Folge, dass Kinder noch nicht fließend eine Bewegung unterbrechen und in eine andere Bewegung wechseln können. Dies ist ein Grund dafür, dass z.B. das Weitergehen am Straßenrand vorrangig vor dem Anhalten ist. Durch regelmäßige sprachliche Instruktionen (zunächst von anderen Personen, später dann als Selbstinstruktion) können derartige, notwendige Bewegungs- und Verhaltensmuster aber internalisiert werden.³⁵⁴ Ein weiterer Grund für eine geringere Bewegungskontrolle von Kindern resultiert daraus, dass ihr Körperschwerpunkt höher liegt als bei einem Erwachsenen.³⁵⁵ Erschwerend kommt hinzu, dass die Reaktionszeit im Kindes- und Jugendalter noch nicht vollständig entwickelt ist. So benötigen Grundschul Kinder generell länger, um auf akustische oder optische Reize reagieren zu können als (junge) Erwachsene.³⁵⁶

Zwischen dem sechsten und dem zwölften Lebensjahr kommt es zu einer zunehmenden Ausdifferenzierung der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten. Von dieser Entwicklung ist auch abhängig, wie sicher sich ein Kind in alltäglichen Situationen, etwa im Straßenverkehr, bewegen kann. Die Teilnahme am Straßenverkehr zählt zweifelsfrei zu den anspruchsvollsten und gefährlichsten Entwicklungsaufgaben, die auf die Kinder im Grundschulalter zukommt. Beim Radfahren etwa muss ein Kind zahlreiche motorische Leistungen aufrechterhalten bzw. situationsbedingt abrufen können.³⁵⁷

Dabei reicht die Beherrschung des Radfahrens, das seinerseits aus mehreren einzelnen motorischen Aspekten besteht (Gleichgewicht halten, lenken, in die Pedale treten), zur sicheren Teilnahme am Straßenverkehr allein nicht aus. (Auf die Bedeutung der sinnlichen Wahrnehmung, das Funktionieren der Sinnesorgane und der Reizverarbeitung wurde in Kapitel 4.3 eingegangen.) So muss das Kind die

³⁵² Fischer: Einführung in die Psychomotorik, S. 39.

³⁵³ vgl. Heinze: Kindgerechte Verkehrserziehung, S. 158.

³⁵⁴ vgl. Limbourg: Kinder im Straßenverkehr, S. 69.

³⁵⁵ vgl. Strecker: Verkehrserziehung für 3-10jährige, S. 53.

³⁵⁶ vgl. Limbourg: Kinder im Straßenverkehr, S. 112.

³⁵⁷ vgl. „ebd.“, S. 56.

wichtigsten Verkehrs- und Verhaltensregeln nicht nur kennen, sondern auch situationsgerecht anwenden können. Außerdem muss der Radfahrer fortwährend den übrigen Verkehr beachten und sich dabei in die anderen Verkehrsteilnehmer hineinversetzen können, um deren Verhalten zu antizipieren. Eine weitere Rolle spielt das Selbstkonzept des Kindes - speziell beim Radfahranfänger. Glaubt es die Anforderungen des Straßenverkehrs bewältigen zu können? Welche Erfahrungen hat es bei seinen bisherigen Fahrversuchen gesammelt? Sind seine sonstigen, allgemeinen sportlichen Aktivitäten eher von Erfolg oder Misserfolg geprägt? Alle diese Aspekte fließen in das Konzept der Psychomotorik ein. Obwohl Kinder bereits sehr früh (mit vier bis fünf Jahren) anfangen, Fahrrad zu fahren, besteht - auch auf Grund noch nicht vollständig entwickelter psychomotorischer Fähigkeiten - ein erhöhtes Risiko bei der Teilnahme am Straßenverkehr bis ins Alter von etwa 14 Jahren. Bis acht Jahre sollen Kinder gar nicht alleine mit dem Fahrrad am Straßenverkehr teilnehmen.³⁵⁸

Dem kindlichen Freizeitverhalten dürfte bei der Ausbildung von psychomotorischen Fähigkeiten eine zentrale Bedeutung zukommen. Die Freizeitaktivitäten nehmen einerseits starken Einfluss darauf, wie häufig Kinder in Gefahrensituationen geraten können, andererseits welche Kompetenzen sie in ihrer Freizeit erwerben, welche ihnen wiederum bei der sicheren Bewältigung des Alltags hilfreich sein können. So gelangen Kinder, die einen Großteil ihrer Freizeit im Haus verbringen, zwar zwangsläufig seltener in außerhäusliche Gefahrensituationen als Kinder, die in dieser Zeit draußen - etwa beim Spielen am Straßenrand, oder auf dem Spielplatz - sind, dafür liegt aber die Vermutung nahe, dass sie in ihrer Freizeit weniger bzw. langsamer solche Fähigkeiten erwerben, die ihnen Sicherheit und Erfahrung im Umgang mit den in den verschiedenen Lebensräumen entstehenden Gefahrensituationen ermöglichen. Die Zunahme der Verkehrsdichte, ungünstige Wohnverhältnisse und ein verändertes Freizeitverhalten sind wesentliche Faktoren, weshalb es Kindern heutzutage an Möglichkeiten fehlt, ihren natürlichen Bewegungsdrang auszuleben und ihre psychomotorischen Fähigkeiten zu erproben.³⁵⁹ Die Folge sind grobmotorische Störungen bis hin zu extremen Haltungs- oder Muskelschäden, Rückenbeschwerden und Herzkreislauferkrankungen, die ihrerseits jeweils dazu führen können, dass körperliche Bewegung als unangenehm erlebt wird. Als Orientierungsmaß für hinreichende körperliche Aktivität ist ein Umfang von dreimal wöchentlich 20 Minuten bei einer Pulsfrequenz von 130 anzusehen.³⁶⁰ Generell ist es so, dass nicht nur viele Kinder und Jugendliche, sondern auch der Großteil der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland zu wenig Bewegung haben.³⁶¹

5.3.1.2 Psychomotorische Leistungsfähigkeit von Kindern in Deutschland

In den zurückliegenden zehn Jahren wurde im öffentlichen Diskurs wiederholt die zunehmende Unsportlichkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland beklagt. Die sportwissenschaftlichen Daten eines solchen *common sense* über eine nur unzureichend entwickelte körperliche Konstitution von Kindern und Jugendlichen in

³⁵⁸ vgl. Limbourg: Kinder unterwegs im Straßenverkehr, S. 56ff.

³⁵⁹ vgl. Limbourg/Flade/Schönharting: Mobilität im Kindes- und Jugendalter, S. 107ff.

³⁶⁰ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 217.

³⁶¹ vgl. Mensink: Bundesgesundheitsurvey: Körperliche Aktivität, S. 7.

Deutschland war dagegen weniger eindeutig. Auf der einen Seite gab es Studien, die diese These belegen konnten: So wurde bei der WIAD-AOK-DSB-Studie II (2003)³⁶² eine Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit um 20% bei 10- bis 14-Jährigen gegenüber einer Vergleichsgruppe aus dem Jahr 1995 beobachtet. Sogar gegenüber der zwei Jahre zuvor durchgeführten, ersten WIAD-Studie (2001)³⁶³ war eine messbare Verschlechterung in der Motorik bei den seinerzeit untersuchten 6- bis 18-Jährigen festzustellen gewesen. Eine Verschlechterung der psychomotorischen Entwicklung von Kindern wurde auch von der Kölner Sportwissenschaftlerin Dordel (2000) diagnostiziert.³⁶⁴ Auf der anderen Seite äußerte v.a. der Hamburger Erziehungswissenschaftler Kretzschmer Zweifel an dieser generellen Diagnose kindlicher Bewegungsschwächen. Seine Kritik begründete er damit, dass vorliegende Daten falsch oder einseitig interpretiert worden seien. Seine eigenen Studien (MoLeH) lieferten entgegengesetzte Ergebnisse, nach denen eine sportmotorische Leistungsver schlechterung bei Grundschulern nicht nachzuweisen war.³⁶⁵ Kretzschmer bezeichnet die These vom Bewegungsmangel als einen „Mythos“, der theoretisch und empirisch ungesichert ist.³⁶⁶

Ein Vergleich der motorischen Leistungsfähigkeit heutiger Heranwachsender mit der von früheren Generationen ist allerdings nicht nur rein praktisch, wegen fehlender repräsentativer Studien aus vorhergehenden Jahrzehnten, kaum möglich, sondern auch auf Grund veränderter körperlicher Voraussetzungen theoretisch nicht unproblematisch, wie Oppen (u.a.) einleitend im Motorik-Modul (MoMo) zum Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) ausführen:

„Bei der Interpretation der Ergebnisse verschiedener Studien ist auch zu berücksichtigen, dass die Kinder und Jugendlichen heute tendenziell eher größer und schwerer sind als die Altersgenossen früherer Jahre. Dies kann sich positiv auf die körperliche Leistungsfähigkeit auswirken, beispielsweise bei Testaufgaben wie Medizinballstoßen, bei denen die Körpermasse einen unmittelbaren Einfluss auf die Leistung hat, kann aber auch Nachteile haben, wenn die eigene ‚Körpermasse‘ bewegt werden muss, z.B. beim Laufen oder Springen. Schon aus diesem Grund fällt ein Vergleich der Fitness von Kindern früher und heute nicht leicht.“³⁶⁷

5.3.1.2.1 Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)³⁶⁸

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) wurden erstmals bundesweit repräsentative Daten zur motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erhoben. Dazu wurde zusätzlich zu der

³⁶² vgl. Deutscher Sportbund & AOK-Bundesverband (Hrsg.): WIAD-AOK-DSB-Studie II, S. 7.

³⁶³ vgl. Deutscher Sportbund (Hrsg.): WIAD-Studie (2001).

³⁶⁴ vgl. Dordel: Kindheit heute: Veränderte Lebensbedingungen = reduzierte motorische Leistungsfähigkeit? In: Sportunterricht 11/2000.

³⁶⁵ vgl. Kretzschmer: Beweismangel für Bewegungsmangel. In: Sportpädagogik 5,6/2003; Kretzschmer: FAQ: Wie fit sind unsere Grundschüler? In: Sportpraxis 4/2004.

³⁶⁶ vgl. Kretzschmer: Und sie bewegen sich doch. In: Fritz/Klupsch-Sahmann/Ricken (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule, S. 84ff.

³⁶⁷ Oppen (u.a.): Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, S. 880.

³⁶⁸ Starker (u.a.): Motorische Leistungsfähigkeit. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), S. 775-783.

Haupterhebung ein eigenes Motorik-Modul (MoMo)³⁶⁹ mit einer Teilstichprobe von etwas mehr als 4.500 Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren durchgeführt. Hierbei wurde auf Grundlage von elf sportmotorischen Tests die Motorik in den Dimensionen Ausdauer, Kraft, Koordination und Beweglichkeit erfasst. Zusätzlich wurden die Probanden (und deren Eltern) anhand eines Fragebogens zu ihrer körperlich-sportlichen Aktivität befragt. In der Altersklasse der 4- bis 10-Jährigen lagen die Untersuchungsschwerpunkte in der Erfassung der Körperkoordination, Kraftfähigkeit und der Beweglichkeit, bei den 11- bis 17-Jährigen wurde die Ausdauerleistung gemessen.

Auf Grund der defizitären Vergleichsbasis und der oben genannten theoretischen Schwierigkeiten können keine uneingeschränkt gültigen Aussagen über die psychomotorische Leistungsfähigkeit heutiger Heranwachsender im Vergleich zu früheren Generationen von Kindern und Jugendlichen gemacht werden. Vor dem Hintergrund dieser methodischen Einschränkungen bilanzieren die Autoren der KiGGS-Studie allerdings dennoch, dass die Ergebnisse der durchgeführten einzelnen Testverfahren „[...] für einen Rückgang der körperlichen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen [...]“ sprechen.³⁷⁰

Generell konnten ältere Kinder bessere Testergebnisse liefern als jüngere Kinder, was angesichts der mit dem Wachstumsprozess einhergehenden körperlichen Veränderungen (etwa in der Muskelmasse) wenig verwunderlich ist. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren sowohl in der Altersklasse der 4- bis 10-Jährigen als auch bei den 11- bis 17-Jährigen zu beobachten: Bei den weitgehend auf die Koordination abzielenden Testaufgaben für die 4- bis 10-Jährigen erreichten die Mädchen bei fünf der sechs Tests bessere Ergebnisse, bei dem unter den 11- bis 17-Jährigen durchgeführten Fahrrad-Ausdauer-Test zeigten die Jungen dagegen die besseren Ausdauerwerte. Auffällig war zudem, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus sowie Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund geringere motorische Leistungen erbrachten.³⁷¹ Schmidt (2008) führte den im Motorik-Modul zu beobachtenden Leistungsanstieg zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr ausschließlich auf die körperliche Entwicklung zurück:

„Diese Entwicklungsprozesse erklären den absoluten Leistungszuwachs. Relativ zeigen sich keine Veränderungen, d.h. es scheint kaum Lern- und Trainingsanpassungen in diesem Altersbereich zu geben. Es scheint, dass sich die Motorik der Kinder im Grundschulalter nicht so weiterentwickelt, wie dies bei altersadäquater Förderung möglich wäre.“³⁷²

Dabei ist im Grundschulalter die regelmäßige sportliche Betätigung (in oder außerhalb eines Sportvereins) bei Kindern weit verbreitet. So sagen etwa $\frac{3}{4}$ der Eltern von 3- bis 10-Jährigen, dass ihr Kind mindestens einmal in der Woche Sport treiben würde, 43% der Jungen und 36% der Mädchen sind sogar dreimal in der

³⁶⁹ Opper (u.a.): Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, S. 879-888.

³⁷⁰ „ebd.“, S. 886.

³⁷¹ vgl. Starker (u.a.): Motorische Leistungsfähigkeit. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), S. 782.

³⁷² Schmidt: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, S. 156.

Woche sportlich aktiv. Die höchsten Werte wurden für das neunte und zehnte Lebensjahr ermittelt, in dieser Phase sind 77% der Mädchen und 85% der Jungen regelmäßig sportlich aktiv. Bereits ab 11 Jahren gehen die Häufigkeiten bei beiden Geschlechtern allerdings kontinuierlich zurück. Mit „*mindestens einmal in der Woche*“ wurde die Grenze für eine regelmäßige sportliche Aktivität zwar bereits relativ niedrig angesetzt, dennoch bleibt ein Anteil, etwa $\frac{1}{4}$ der Kinder, der dieses Mindestmaß an sportlicher Betätigung nicht erreicht. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund (unter ihnen nochmals häufiger die Mädchen) sind unter diesen Inaktiven überrepräsentiert. Vor allem der Vereinssport ist als sozial selektiv anzusehen.³⁷³

5.3.1.2.2 Ergebnisse zur Psychomotorik aus dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Die Evaluationsstudie zum Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ (2002-2006) hatte die Untersuchung des Erfolges eines ganzheitlichen, umfassenden und langfristig angelegten Konzeptes zur Gesundheits- und Sicherheitserziehung in der Grundschule von der ersten bis zur vierten Klasse zum Ziel. Mit jährlichen Erhebungen (Motorik-Test, Kinderbefragung, Elternfragebogen) wurde die Wirksamkeit von Unterrichtseinheiten außerschulischer Institutionen (Polizei, Feuerwehr, gesetzliche Krankenkasse, regionales Energieversorgungsunternehmen, regionaler Anbieter im Öffentlichen Personennahverkehr) in zwei Versuchsklassen gegenüber einer aus acht Schulklassen bestehenden Kontrollgruppe erfasst. Die Stichprobengröße umfasste in allen zehn Schulklassen zum Einschulungszeitpunkt 210 Kinder, davon 46 aus der Versuchsgruppe. Bei den fünf Elternbefragungen beantworteten zwischen 118 (Ende des 3. Schuljahres) und 176 (Anfang des 1. Schuljahres) Eltern den jeweiligen Fragebogen. Eine Übersicht über die Stichprobe liefert Tabelle 9.3. Im Weiteren werden ausgewählte Ergebnisse aus der Kinder- und der Elternbefragung vorgestellt. Der Abschlussbericht mit weiteren Daten zum Projekt und den Evaluationsergebnissen zu den Interventionsmaßnahmen befindet sich in Kapitel 9.

Erste Daten zur körperlichen Entwicklung der an dem Projekt teilnehmenden Kinder lagen bereits vor Projektbeginn aus den Schuleingangsuntersuchungen vor. Hierbei war bei jedem vierten Schüler ein Sportförderbedarf diagnostiziert worden. Am häufigsten waren von den Amtsärzten „*Schwächen im harmonischen Bewegungsablauf*“ bzw. ganz allgemeine „*Haltungsschwächen*“ als Begründungen für die Sportfördermaßnahmen angegeben worden. Insgesamt waren 11% der Schüler mit bzw. gegen die Bedenken der Amtsärzte eingeschult worden, für diese Bedenken waren aber nicht psychomotorische, sondern in erster Linie allgemeine Entwicklungsdefizite - primär in der Sprachfähigkeit der Kinder - ausschlaggebend gewesen (vgl. Kapitel 9.5.1).

Im Rahmen des Projektes „Gut drauf!“ wurden die Kinder aus vier Grundschulen an insgesamt fünf Erhebungszeiträumen von Beginn des 1. Schuljahres (2002) bis Ende des 4. Schuljahres (2006) mit dem Körperkoordinationstest (KTK) hinsichtlich ihrer

³⁷³ vgl. Lampert (u.a.): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, S. 634-642.

psychomotorischen Entwicklung untersucht.³⁷⁴ In dem Projekt wurden keine Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Psychomotorik durchgeführt, psychomotorische Elemente kamen allenfalls vereinzelt im Rahmen der polizeilichen Verkehrserziehung und bei der Kinderrückenschule zum Einsatz. Eine messbare Verbesserung der Gesamtkörperkoordination in der Versuchsgruppe konnte von diesen einzelnen Unterrichtsstunden nicht erwartet werden. Die mit dem KTK erhobenen Daten konnten daher keine Auskunft über den Erfolg der Unterrichtseinheiten liefern, sondern sollten vielmehr die psychomotorischen Fähigkeiten der Kinder im Sinne einer allgemeinen Gesundheits- und Sicherheitsressource dokumentieren. Da die psychomotorische Leistungsfähigkeit von den körperlichen Voraussetzungen abhängig ist, vorweg eine Übersicht über die körperliche Entwicklung der Schüler im Laufe der Grundschulzeit (vgl. Tabelle 5.1).

<i>Tabelle 5.1: Alter und Körpermaße der Stichprobe</i>			
	Ø - Alter	Ø - Größe	Ø - Gewicht
2002 (Beginn 1. Schuljahr)	6,5 Jahre	1,25 m	25,3 kg
2003 (Ende 1. Schuljahr)	7,2 Jahre	1,30 m	27,6 kg
2004 (Ende 2. Schuljahr)	8,2 Jahre	1,36 m	31,3 kg
2005 (Ende 3. Schuljahr)	9,1 Jahre	1,40 m	34,1 kg
2006 (Ende 4. Schuljahr)	10,1 Jahre	1,48 m	39,5 kg

Im Vergleich zu den im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) gemessenen Körpermaßen³⁷⁵ liegen die Durchschnittswerte in allen fünf Jahren über den Referenzwerten, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass die Schüler aus zeitlich-pragmatischen Gründen mit Schuhen gemessen wurden.

Da keine Maßnahmen zur Verbesserung der Psychomotorik durchgeführt wurden, wird im Weiteren nur kurz zwischen Versuchs- und Kontrollklassen unterschieden. Wie die Tabelle 5.2 zeigt, gab es bei den psychomotorischen Leistungen der Kinder aus den Versuchs- und Kontrollklassen in allen fünf Untersuchungen keine signifikanten Unterschiede. Auch der Anteil der im Sportverein aktiven Kinder war über alle fünf Erhebungszeiträume hinweg nahezu gleichhoch.

³⁷⁴ Das eingesetzte Testverfahren, der Körperkoordinationstest für Kinder (KTK), wurde von den Sportwissenschaftlern Kiphard/Schilling entwickelt und ist einer der am häufigsten im Grundschulalter eingesetzten sportmotorischen Tests. Angaben zur Konstruktion des Tests finden sich in Kapitel 9.4.3.2.

³⁷⁵ vgl. Stolzenberg/Kahl/Bergmann: Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 659-699.

Tabelle 5.2: KTK-Mittelwerte³⁷⁶ von Versuchs- und Kontrollklassen

Erhebungszeitpunkt	Versuchsgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanztest
Beginn 1. Schuljahr (2002)	85,34	84,27	$T=0,5 < 1,96; \alpha > 0,05$
Ende 1. Schuljahr (2003)	103,98	100,81	$T=1,1 < 1,96; \alpha > 0,05$
Ende 2. Schuljahr (2004)	102,76	99,51	$T=1,1 < 1,96; \alpha > 0,05$
Ende 3. Schuljahr (2005)	100,90	95,20	$T=1,8 < 1,96; \alpha > 0,05$
Ende 4. Schuljahr (2006)	109,30	104,80	$T=1,8 < 1,96; \alpha > 0,05$
Mitgliedschaft im Sportverein (Durchschnittswerte über alle fünf Befragungen)	Ø 62,7% der Kinder	Ø 62,5% der Kinder	-

Unabhängig von dem Einfluss der im Projekt durchgeführten Maßnahmen zeigte sich, dass sich die psychomotorische Leistungsfähigkeit im Laufe der vier Grundschuljahre in beiden Teilstichproben deutlich verbessert hatte. Im Weiteren werden die Ergebnisse aus den fünf Erhebungszeitpunkten im Detail vorgestellt.

KTK-Ergebnisse zu Beginn des 1. Schuljahres

Der Mittelwert der Gesamtstichprobe, wie auch die Mittelwerte aller Teilstichproben, lag zum Einschulungszeitpunkt deutlich unter dem Erwartungswert von 100 Punkten. Die Standardabweichung unterschritt in einem Bereich von 11 bis 13 Punkten den laut Testkonstruktion zu erwartenden Wert von 15 Punkten.

Aus Tabelle 5.3 lässt sich entnehmen, dass Unterschiede zwischen den Schülerleistungen der verschiedenen Untersuchungsschulen bestanden. Allerdings konnten auch die etwas besseren Ergebnisse der Schüler aus Versuchsschule 1 und Kontrollschule 1 allenfalls nur als „weniger schlecht“ bezeichnet werden.

Tabelle 5.3: Ergebnis KTK-Mittelwerte der Untersuchungsschulen (2002)

Stichprobengruppe	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamt	206	84,47	12,7
Kontrollschule 1	47	89,28	12,3
Versuchsschule 1	65	86,26	11,8
Kontrollschule 2	28	81,43	13,1
Versuchsschule 2	66	80,56	12,3

Betrachtet man das Ergebnis der Gesamtstichprobe so zeigt sich, dass die Schülerleistungen im Durchschnitt zu Beginn des 1. Schuljahres um eine Standardabweichung unterhalb der Normwerte lagen. Der psychomotorisch leicht auffällige (immer im Sinne von „*negativ auffällig*“) Schüler stellte den „*Regelfall*“ der Stichprobe zum Einschulungszeitpunkt dar. Die niedrigere Standardabweichung gegenüber der Teststandardisierung bedeutete, dass die Unterschiede zwischen den Schülern geringer waren als erwartet, wobei dies v.a. daraus resultierte, dass es keine Schüler gab, die die Leistungskriterien für „*gut*“ bzw. „*hoch*“ erfüllten. Die

³⁷⁶ Mit Mittelwert ist, sofern nicht anders angegeben, im Weiteren immer das arithmetische Mittel gemeint.

Abbildung 5.1 zeigt den psychomotorischen Entwicklungsstand der untersuchten Schüler zum Einschulungszeitpunkt. In der Tabelle wurden die beobachteten Werte und die erwarteten Zahlen gemäß der Einteilung von Kiphard/Schilling miteinander verglichen, was die Abweichung der Gesamtstichprobe von der erwarteten Verteilung ebenfalls zum Ausdruck bringt.

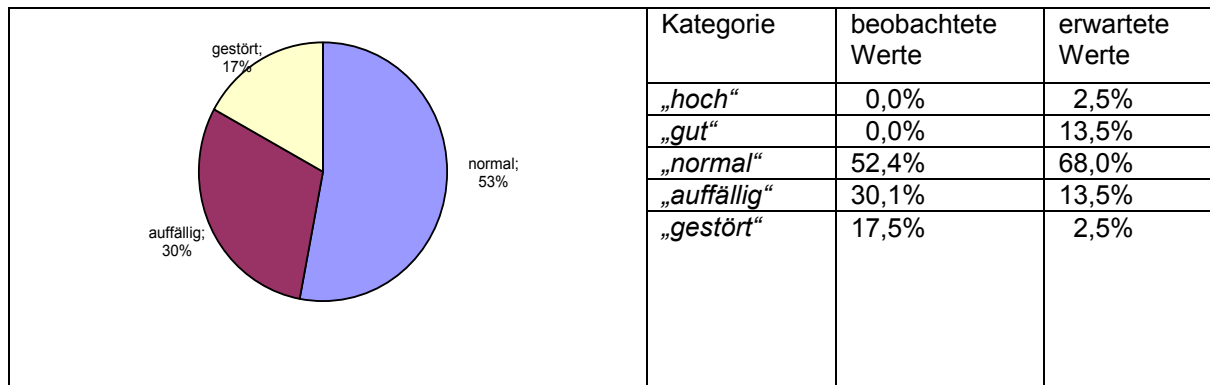


Abbildung 5.1: Psychomotorischer Entwicklungsstand zu Beginn des 1. Schuljahres anhand der KTK-Ergebnisse für 206 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Diese Daten unterstreichen die Aussage, dass die motorische Leistungsfähigkeit der Stichprobe zum Einschulungszeitpunkt weit unterhalb der vorgegebenen Standardwerte geblieben ist. Mit 48% (statt 16%) war fast jeder zweite Schüler motorisch geschwächt, fast jeder fünfte Schüler (18%) musste anhand der gemessenen Werte sogar als motorisch „gestört“ bezeichnet werden, kein Schüler erzielte gute oder sehr gute motorische Ergebnisse.

Geschlechterunterschiede

Bei der Standardisierung des KTK-Tests werden geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Umrechnung von den Rohwerten in die MQ-Werte³⁷⁷ berücksichtigt, sodass sich nach dieser Umrechnung keine größeren Differenzen zwischen den Werten von Jungen und Mädchen mehr ergeben sollten. Zu bedenken ist bei der Bewertung der Ergebnisse an den einzelnen Stationen die Möglichkeit, dass evtl. die Umrechnungsfaktoren für Jungen und Mädchen nicht (mehr) zutreffend sind.³⁷⁸ (Die Autoren des Motorik-Moduls im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) weisen wie oben bereits erwähnt darauf hin, dass der Vergleich der Fitness von Kindern früher und heute nicht problemlos ist, da Kinder und Jugendliche heute tendenziell eher größer und schwerer sind als die in früheren Generation, was sich je nach Testaufgabe positiv (mehr Kraft) oder negativ

³⁷⁷ MQ-Werte = Motorischer Quotient. Für jedes Kind wurden die erhobenen Daten in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht in einen motorischen Quotienten umgerechnet.

³⁷⁸ Bei der Umrechnung der erzielten Leistungen in die MQ-Werte werden beim „Balancieren Rückwärts“ und „Seitliches Umsetzen“ einheitliche Normtabellen für Jungen und Mädchen verwendet, beim „Seitlichen Hin- und Herspringen“ sowie beim „Monopedalen Überhüpfen“ unterschiedliche. In der Altersklasse der 9- bis 11-Jährigen erhalten die Mädchen bei gleichen Rohwerten weniger MQ-Punkte als die Jungen.

(geringere Beweglichkeit) auf die Leistungsfähigkeit auswirken kann.³⁷⁹ Damit ist auch die Gültigkeit solcher „historischer“ Umrechnungsfaktoren zu hinterfragen.)

Die Ergebnisse des KTK am Einschulungszeitpunkt deuteten darauf hin, dass die Mädchen sich auf einem niedrigeren psychomotorischen Entwicklungsstand befanden als die Jungen ($T=2,2 > 1,96$; $\alpha=0,05$, vgl. Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4: Ergebnis des KTK-Mittelwerte für Jungen und Mädchen (2002)

Geschlecht	Schüler	Mittelwert	Standardabweichung
Jungen	111	86,24	12,41
Mädchen	95	82,39	12,72

Die Differenz zwischen den beiden Mittelwerten betrug zwar „nur“ vier MQ-Punkte, deutlicher wird die inhaltliche Bedeutung dieser signifikanten Differenz bei den anhand der Standardabweichung erstellten Kategorien von Kiphard/Schilling (vgl. Abbildung 5.2).

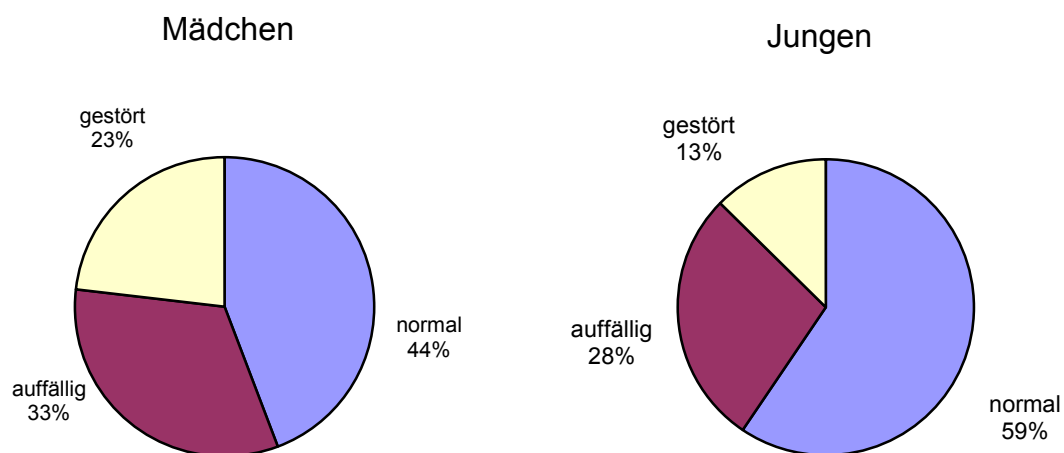


Abbildung 5.2: Geschlechtsspezifische Unterschiede zum Einschulungszeitpunkt für 206 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Wenngleich auch von den Jungen die „guten“ und sehr guten („hoch“) Leistungen nicht erreicht wurden, so lag der Anteil der „normal“-entwickelten Schüler dennoch annähernd bei ca. 2/3 (60%), wohingegen umgekehrt bei den Mädchen der Anteil der „auffälligen“ (33%) bzw. „gestörten“ (23%) Schüler die 50% überstieg. Beides wurde als ein Hinweis auf geschlechtsspezifische Unterschiede interpretiert, wonach die Jungen zum Einschulungszeitpunkt seltener motorische Auffälligkeiten zeigten als die Mädchen. Der Blick auf die Ergebnisse an den einzelnen vier Stationen (Tabelle

³⁷⁹ Opper (u.a.): Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 880.

5.5) lässt erkennen, dass die Mädchen gerade bei den Aufgaben schlechter abschnitten, zu deren Bewältigung neben der Koordination auch Kraft und Ausdauer benötigt wurden.

Tabelle 5.5: Geschlechtsspezifische Unterschiede an den einzelnen Stationen (2002)

	Mittelwerte			
	Balancieren Rückwärts	Monopedales Überhüpfen	Seitliches Hin- und Herspringen	Seitliches Umsetzen
Jungen	81,51	92,89	95,20	88,18
Mädchen	86,40	83,99	87,64	87,86
Gesamt	83,77	88,79	91,71	88,03
An den vier Stationen liegt der Erwartungswert ebenfalls jeweils bei 100 Punkten.				

Während es an der Station „*Seitliches Umsetzen*“ kaum geschlechtsspezifische Unterschiede gab, erzielten die Mädchen beim „*Rückwärts Balancieren*“ (beansprucht im Wesentlichen die Gleichgewichtsordination) mehr Punkte als die Jungen. An den Stationen „*Monopedales Überhüpfen*“ und „*Seitliches Hin- und Herspringen*“ konnten nur dann viele Punkte erreicht werden, wenn zusätzlich zur Koordination auch die Schnellkraft und die Ausdauer ausreichend ausgebildet war. In dieser Hinsicht schienen die Mädchen zu Beginn des 1. Schuljahres schwächer entwickelt zu sein. Bei den Jungen war dagegen v.a. der geringe Mittelwert beim „*Rückwärts Balancieren*“ der Grund, dass keiner von ihnen mit einer guten oder sogar sehr guten Leistung in der Stichprobe auftauchte. Kennzeichnend hierfür war der niedrigste Mittelwert an allen Stationen von 81,5 Punkten. Insgesamt ließen demnach die großen Schwächen der Jungen beim „*Rückwärts Balancieren*“ auf Defizite in der Gleichgewichts- und Gesamtkörperkoordination schließen, während die Schwächen der Mädchen eher in den Bereichen der Schnellkraft und der Schnellkraftausdauer lagen.

In einem nächsten Schritt wurden die erhobenen Daten zu Körpergewicht und Körpergröße in Beziehung gesetzt (Body-Mass-Index (BMI)³⁸⁰) und daraus die Kategorien „*Normalgewicht*“, „*Übergewicht*“ und stark übergewichtig („*Adipositas*“) ermittelt. Daraus ergaben sich die folgenden Zahlen:

Normalgewicht: 137 Schüler (85,6%)
 Übergewicht: 12 Schüler (7,5%)
 Adipositas: 11 Schüler (6,9%).³⁸¹

Zu Beginn des 1. Schuljahres waren demnach 14,4% der Kinder übergewichtig. Verschiedene Studien belegen die Zunahme von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, wobei je nach Altersstufe zwischen 10% und 20% der Kinder als übergewichtig, weitere 2,5% bis 8% als adipös anzusehen sind.³⁸² Aus

³⁸⁰ Einteilung über die Perzentile zu den Referenzdaten von Kromeyer-Hausschild (u.a.) 2001, wie sie von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfohlen werden. Im Kindes- und Jugendalter können die Bezugswerte von Erwachsenen nicht herangezogen werden, da die Wachstumsprozesse zu alters- und geschlechtsspezifischen Verschiebungen führen.

³⁸¹ In einigen Klassen wurde das Körpergewicht nicht erfasst, daher fehlen 46 Schüler in dieser Tabelle.

³⁸² Die ausführliche Darstellung zum Thema findet sich bei Wabitsch (u.a.): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Springer 2005.

den Vergleichsdaten des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW ergab sich für das Jahr 2001 ein Prozentsatz von 6,3% Kindern mit Übergewicht und 4,7% mit Adipositas³⁸³. In der KiGGS-Studie ergab die Berechnung des BMI in der Altersklasse der 3- bis 6-Jährigen einen Anteil von 6,2% übergewichtigen und weiteren 2,9% adipösen Kinder. Unter den 7- bis 10-Jährigen waren 9% der Kinder übergewichtig, weitere 6,4% adipös (vgl. Kapitel 5.3.2).³⁸⁴

Hinsichtlich der Mittelwerte ergab sich ein signifikanter Unterschied ($T=2,7 > 1,96$; $\alpha=0,01$) zwischen den normalgewichtigen und den übergewichtigen Kindern (vgl. Tabellen 5.6 und 5.7). Nur eines der übergewichtigen Kinder erreichte einen Gesamtwert von mehr als 100 Punkten. Es reduzierte den Gesamt-MQ-Wert um 6,6% und Adipositas sogar um 10,8%. Von den Normalgewichtigen waren 58% motorisch normal entwickelt, von den Übergewichtigen nur 44%.

Tabelle 5.6: Ergebnis KTK-Mittelwerte nach Gewichtsklassen (2002)

	Schüler	Mittelwert	Standardabweichung
Insgesamt	206	84,5	12,7
Normalgewicht	137	86,7	12,1
Übergewicht	12	81,0	12,9
Adipositas	11	77,3	14,9
Fehlende Angaben bei 46 Kinder, siehe Fußnote 381.			

Tabelle 5.7: Psychomotorische Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung des Körpergewichts (2002)

Kategorie KTK	normal	auffällig	gestört	gesamt
Normalgewicht	80 (58,4%)	40 (29,2%)	17 (12,4%)	137 (100%)
Übergewicht/Adipositas	10 (43,5%)	5 (21,7%)	8 (34,8%)	23 (100%)
Gesamt	90 (56,3%)	45 (28,1%)	25 (15,6%)	160 (100%)

Die Mittelwerte und die Verteilungen, die sich für Jungen und Mädchen auf der einen Seite sowie für normal- und übergewichtige Kinder auf der anderen Seite ergeben haben, waren sich ähnlich. Daher wurden in einem weiteren Schritt diese beiden Eigenschaften kombiniert betrachtet. Die Gruppen „Übergewicht“ und „Adipositas“ wurden zu Gunsten höherer Fallzahlen zusammengefasst. Wie die Tabelle 5.8 zeigt, wirkten sich Übergewicht bzw. Adipositas bei den Jungen besonders stark auf die motorische Leistung aus.

³⁸³ vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen NRW, S. 11.

³⁸⁴ vgl. Kurth/Schaffrath Rosario: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 738.

Tabelle 5.8: Ergebnis KTK-Mittelwerte nach Geschlecht und Gewicht (2002)

	Schüler	Mittelwert	Standardabweichung
Jungen/Normalgewicht	79	88,6	12,0
Mädchen/Normalgewicht	58	84,1	11,9
Mädchen/Übergewicht	12	80,3	14,6
Jungen/Übergewicht	11	78,0	13,1

Insgesamt bestätigte der KTK die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung, bei der für 25% der eingeschulten Schüler eine Sportförderunterricht-Empfehlung ausgesprochen wurde. Den Ergebnissen des KTK zur Folge wäre ein solcher Sportförderunterricht sogar für jeden zweiten Schüler anzuraten gewesen.

Den Antworten der Elternbefragung war zu entnehmen, dass das Sport- und Freizeitverhalten der Eltern eine hohe Vorbildfunktion für die Kinder besitzt. Von 89% der Eltern, die in einem Verein aktiv Sport betrieben, waren auch die Kinder in einem Sportverein. Bei etwa $\frac{3}{4}$ der Kinder (73%), die nicht Mitglied eines Sportvereins waren, haben auch die Eltern nie in einem Verein aktiv Sport betrieben.

Da Schüler- und Elternbefragung auf Grund der jeweils anonym erfassten Daten nicht direkt miteinander in Verbindung gesetzt werden konnten, bestand nur die Möglichkeit, über Teilgruppen Hypothesen zu prüfen. In Tabelle 5.9 wurden die Schülerleistungen des KTK mit den Elternangaben zum Sport- und Freizeitverhalten in Beziehung gesetzt.

Tabelle 5.9: Vergleich der Leistungen im Körperkoordinationstest mit ausgewählten Ergebnissen der Elternbefragung (2002)

	KTK-Test	Elternbefragung		
	Anteil motorisch „auffälliger“ bzw. „gestörter“ Kinder	Eltern in einem Sportverein aktiv	Kinder in einem Sportverein aktiv	durchschnittlicher Fernsehkonsum der Kinder pro Tag
Versuchsschule 1	44,6%	39,2%	76,5%	64 min
Versuchsschule 2	59,1%	32,0%	49,1%	105 min
Kontrollschule 1	29,8%	41,7%	72,7%	92 min
Kontrollschule 2	57,1%	keine Angabe		89 min
Gesamt	47,6%	37,2%	65,0%	87 min

Ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an sportlicher Aktivität und Fernsehkonsum einerseits und der psychomotorischen Leistungsfähigkeit andererseits zeigte sich nur teilweise und nicht konsistent bei allen Schulen. So widersprechen die unterschiedlich hohen Anteile von Schülern mit einer „auffälligen“ bzw. „gestörten“ Psychomotorik an Versuchsschule 1 und Kontrollschule 1, bei etwa gleicher Vereinsaktivität, einem hohen Zusammenhang dieser beiden Variablen. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass viele Kinder erst kurz vor Beginn der Studie in den Sportverein eingetreten sein könnten und sich Trainingseffekte noch nicht auswirken konnten. Weiterhin war auch zu beobachten, dass Kinder, die in einem Verein sportlich aktiv waren, im Durchschnitt fast eine Stunde pro Tag weniger

fernsehen (72 min gegenüber 122 min). Diese Tendenz war bei den Mädchen noch stärker ausgeprägt als bei den Jungen.

KTK-Ergebnisse am Ende des 1. Schuljahres

Gegenüber der Untersuchung zu Beginn des 1. Schuljahres wurde bei der zweiten Erhebung am Ende des 1. Schuljahres eine gemäß Stichprobenplan (vgl. Tabelle 9.2) verringerte Stichprobe von sechs (statt zehn) Klassen untersucht. Dabei war die Zahl der Kontrollklassen von acht auf vier reduziert worden. Als Bezugsgröße wurden die Leistungen der verbliebenen sechs Klassen in der ersten und in der zweiten Erhebung miteinander verglichen, sodass sich geringe Verschiebungen zwischen dem Gesamtergebnis (aller zehn Klassen) und dem Teilgruppenergebnis (der verbliebenen sechs Klassen) ergeben konnten. So lag der Gesamtmittelwert aller zehn Klassen bei 84,5 Punkten (s.o.), der für die wiederholt untersuchten sechs Klassen bei 84,6 Punkten (s.u.).

Unabhängig von dieser geringen Abweichung zeigte sich, dass die am Ende des 1. Schuljahres beobachteten und signifikanten Defizite sich im Laufe des 1. Schuljahres durchweg aufgehoben hatten (vgl. Tabelle 5.10).

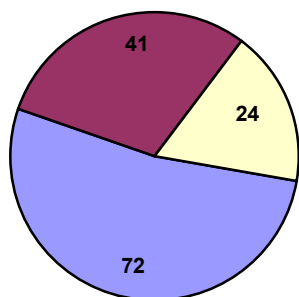
Tabelle 5.10: Ergebnis KTK-Mittelwerte der Untersuchungsschulen

	Beginn 1. Schuljahr (2002)		Ende 1. Schuljahr (2003)		Entwicklung (Prozent ³⁸⁵)
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	
Gesamt	137	84,61	123	101,92	+ 17,31 (20,5%)
Versuchsschule 1	44	86,68	42	107,69	+ 21,01 (24,2%)
Versuchsschule 2	44	82,43	43	98,09	+ 15,70 (19,0%)
Kontrollschule 1	21	89,10	23	102,09	+ 13,01 (14,8%)
Kontrollschule 2	28	81,43	15	96,47	+ 15,04 (18,5%)

Insgesamt erzielten die Kinder aller Schulen - dieses Ergebnis lässt sich auch auf jede einzelne der sechs Klassen übertragen - einen durchschnittlichen Zuwachs in einem Bereich zwischen 13 und 21 Punkten. Die Ergebnisse der zweiten Untersuchungen wichen somit nicht länger signifikant ($T=1,39 < 1,96$; $\alpha > 0,05$) von dem Erwartungswert von 100 Punkt ab. Lagen die Ergebnisse des Jahres 2002 noch um eine Standardabweichung unterhalb der altersgemäßen Entwicklung, so waren diese beobachteten Defizite im Jahre 2003 nicht länger festzustellen. Die Standardabweichung stieg von 12,7 (1. Erhebung) auf 15,3 (2. Erhebung) an und entsprach damit in etwa dem erwarteten Wert von 15 Punkten. Das Streuungsmaß wies somit ebenfalls darauf hin, dass die Stichprobe am Ende des 1. Schuljahres die errechneten Standardwerte erfüllte. Auch hinsichtlich der von Kiphart/Schilling eingeführten Klassifizierung wurde die Verbesserung in der psychomotorischen Entwicklung der Schüler anhand der hervorgehobenen Kreissegmente deutlich.

³⁸⁵ prozentualer Anstieg = Punktezuwachs geteilt durch Mittelwert (alt)

2002



2003

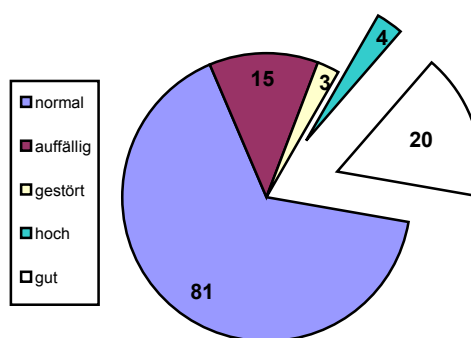


Abbildung 5.3: Entwicklung des psychomotorischen Entwicklungsstandes von 2002 zu 2003 anhand der KTK-Ergebnisse. Absolute Zahlen für 137 (123) Schüler aus den sechs untersuchten Klassen.

In dem Maße, wie der Anteil der psychomotorisch defizitär entwickelten Kinder sank, stieg der Anteil der Schüler in den Kategorien „hoch“ und „gut“ an. Diese beiden Kategorien waren zum Einschulungszeitpunkt noch unbesetzt geblieben. Auch diese Verteilung entsprach nun den Werten von Kiphard/Schilling. Der beschriebene Leistungsanstieg ließ sich in allen Teilstichproben beobachten.

Entwicklung der Geschlechterunterschiede

Eines der zentralen Ergebnisse aus der ersten Untersuchung besagte, dass die Mädchen signifikant ($\alpha=0,05$) schlechtere Ergebnisse erzielten als die Jungen. Mit der Auswertung am Ende des 1. Schuljahres konnte dieses Ergebnis nicht nur nicht bestätigt werden (die Leistungen waren als gleich anzusehen ($T=1,4 < 1,96$; $\alpha > 0,05$)), der Leistungsanstieg der Mädchen im 1. Schuljahr verlief sogar ausgeprägter als bei den Jungen (vgl. Tabelle 5.11).

Tabelle 5.11: Ergebnis KTK-Mittelwerte für Jungen und Mädchen

	Beginn 1.Schuljahr (2002)		Ende 1. Schuljahr (2003)		Entwicklung (Prozent)
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	
Jungen	70	85,69	62	100,00	+ 14,31 (16,7%)
Mädchen	67	83,49	61	103,87	+ 20,38 (24,4%)

Vor allem die Mädchen vollzogen demnach einen Entwicklungsschub, der die neun Monate zuvor ermittelten Defizite ausglich. Die Beobachtung, dass die Entwicklung der Mädchen die der Jungen überwog, ließ sich bei allen sechs untersuchten Klassen feststellen. Die Defizite der Mädchen lagen zum Einschulungszeitpunkt gerade bei den Stationen, bei denen neben der Koordination auch Kraft und Ausdauer erforderlich waren. Gegensätzlich dazu zeigten die Jungen gerade beim „Balancieren rückwärts“ große Schwächen. Um den Leistungsanstieg zum einen in

der Gesamtstichprobe und zum anderen speziell bei den Mädchen verfolgen zu können, sind die Ergebnisse der einzelnen Stationen im Detail dargestellt.

Station 1: „Balancieren Rückwärts“:

Tabelle 5.12: Ergebnisse für Jungen und Mädchen (2002 - 2003)

	Beginn 1. Schuljahr		Ende 1. Schuljahr		Entwicklung (Prozent)
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	
Jungen	70	81,93	62	88,62	+ 6,69 (8,2%)
Mädchen	67	85,93	61	98,34	+ 12,41 (14,4%)

Im Vergleich mit den anderen drei Stationen zeigte sich beim „Balancieren rückwärts“ der niedrigste Mittelwert der Gesamtstichprobe. Zudem war hier die Steigerung, sowohl bei den Jungen wie auch bei den Mädchen am geringsten. Die Leistungen der Jungen lagen an dieser Station trotz des Anstiegs von 6,7% immer noch signifikant unterhalb des Erwartungswerts ($T=2,8 > 2,58$; $\alpha=0,01$). Der durchschnittliche Leistungsstand der männlichen Schüler bei dieser Aufgabe war damit als „auffällig“ zu bezeichnen. Die Mädchen dagegen erreichten an dieser Station ein Ergebnis nahe dem Erwartungswert von 100 Punkten.

Station 2: „Monopedaless Überhüpfen“:

Tabelle 5.13: Ergebnisse für Jungen und Mädchen (2002 - 2003)

	Beginn 1. Schuljahr		Ende 1. Schuljahr		Entwicklung (Prozent)
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	
Jungen	70	92,50	62	99,53	+ 7,03 (7,6%)
Mädchen	67	85,37	61	101,79	+ 16,42 (19,2%)

Bei dieser Station entsprach die Leistung beider Geschlechter im Durchschnitt dem erwarteten Wert von 100 Punkten. Gerade hier kam es bei den Mädchen zu einem überdurchschnittlich großen Anstieg (+16 Punkte), d.h. die Entwicklung umfasste eine größere Spanne als die dem Test zu Grunde liegende Standardabweichung von 15 Punkten.

Station 3: „Seitliches Hin- und Herspringen“:

Tabelle 5.14: Ergebnisse für Jungen und Mädchen (2002 - 2003)

	Beginn 1. Schuljahr		Ende 1. Schuljahr		Entwicklung (Prozent)
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	
Jungen	70	94,77	62	108,53	+ 13,76 (14,5%)
Mädchen	67	88,54	61	108,23	+ 19,69 (22,2%)

An der Station „*Seitliches Hin- und Herspringen*“ erzielten Jungen und Mädchen gleichermaßen überdurchschnittliche Ergebnisse. Schon in der ersten Untersuchung hatten die Jungen bei dieser Aufgabe die meisten Punkte erlangen können. Bei den Mädchen konnte an dieser Station dagegen der größte Zuwachs beobachtet werden. Ähnlich wie beim „*Monopeden Überhüpfen*“ beansprucht diese Station vor allem die Beinmuskulatur. Zusätzlich zur Schnellkraft ist auch eine gute Schnellkraftausdauer nötig, um bei dieser Aufgabe viele Punkte sammeln zu können.

Station 4: „*Seitliches Umsetzen*“:

Tabelle 5.15: Ergebnisse für Jungen und Mädchen (2002 - 2003)

	Beginn 1. Schuljahr		Ende 1. Schuljahr		Entwicklung (Prozent)
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	
Jungen	70	86,83	62	99,53	+ 12,70 (14,6%)
Mädchen	67	89,60	61	103,98	+ 14,38 (16,1%)

Für das *Seitliche Umsetzen* gilt Ähnliches wie für die zweite Station. Die Leistungen entsprachen nach dem deutlichen Anstieg dem Test zu Grunde liegenden Entwicklungsstandards.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass beide Geschlechter am Ende des 1. Schuljahres einen altersgemäßen psychomotorischen Entwicklungsstand erreicht hatten. Die rein koordinativen Fähigkeiten schienen aber im Vergleich zu den konditionellen Aspekten weiterhin weniger gut ausgebildet. Dies traf im besonderen Maße auf die Jungen zu, die beim „*Balancieren rückwärts*“ weiterhin defizitäre Ergebnisse erzielten. Ein Entwicklungsschub bei Mädchen war dagegen an allen Stationen des KTK zu beobachten. Die bei ihnen zu Beginn des 1. Schuljahres festgestellten Schwächen in der Schnellkraft und in der Schnellkraftausdauer waren nicht mehr zu registrieren. Den Ergebnissen zur Folge hatten die Mädchen in diesen Bereichen im ersten Schuljahr die größten Entwicklungsfortschritte vollzogen.

Ein weiteres Ergebnis der ersten Untersuchung besagte, dass übergewichtige Kinder signifikant ($\alpha=0,01$) schlechtere Leistungen zeigten als Normalgewichtige. Diese Beobachtung traf besonders auf die Jungen innerhalb der Stichprobe zu. Mit der zweiten Untersuchung konnte diese Aussage nicht überprüft werden, da sich in der auf sechs Klassen verringerte Stichprobe nicht mehr ausreichend viele Kinder befanden, die anhand ihres Body-Mass-Index (BMI) als übergewichtig eingestuft werden konnten. Innerhalb der zu Grunde liegenden Teilstichprobe lag im Jahre 2002 der Anteil der übergewichtigen Kinder (inklusive der Kinder, die als „*adipös*“ anzusehen waren) bei 11% (Gesamtstichprobe: 14,4%). Diese Zahl reduzierte sich geringfügig auf 10,6%. Zwar zeigten die übergewichtigen Kinder weiterhin tendenziell niedrigere Leistungen, die Unterschiede wurden aber auf Grund der geringeren Fallzahl an übergewichtigen Kindern ($n=13$) nicht signifikant ($T=1,5 < 1,96$; $\alpha > 0,05$).

KTK-Ergebnisse am Ende des 2.Schuljahres

Die Stichprobe umfasste die gleichen sechs Klassen wie schon bei der Untersuchung am Ende des 1. Schuljahres, wobei diesmal die Daten von 131 Kindern erhoben wurden. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 8,2 Jahre (vgl. Tabelle 5.1). Das arithmetische Mittel aller Werte lag wie schon in der vorhergehenden Erhebung mit 100,6 Punkten bei dem Erwartungswert von 100 Punkten. Die Standardabweichung betrug 16,3 Punkte und entsprach somit ebenfalls weitgehend der Test-Standardisierung (15 Punkte).

Da diese Kennzahlen nicht signifikant vom Erwartungswert abweichen ($T=0,4 < 1,96$, $\alpha > 0,05$), kann davon ausgegangen werden, dass die untersuchte Stichprobe am Ende des 2. Schuljahres die vorgegebenen Leistungsanforderungen erfüllte. Der Entwicklungsstand der untersuchten Klassen entsprach demnach annähernd der erwarteten Verteilung. Die um 1,3 Punkte geringfügig höhere Standardabweichung zeigt sich

auch in Abbildung 5.4, in der die Kategorien „gestört“ (4,6% statt 2,5%), „auffällig“ (15,3% statt 13,5%) und v.a. die Kategorie „gut“ (mit 23,7% statt 13,5%) überrepräsentiert sind. Dementsprechend niedriger war der Anteil der „normal“-entwickelten Kinder mit 55,7% (gegenüber 68% in der zu erwartenden Verteilung). Die Leistungsunterschiede unter den Schülern waren demnach im Laufe der ersten beiden Schuljahre angewachsen.

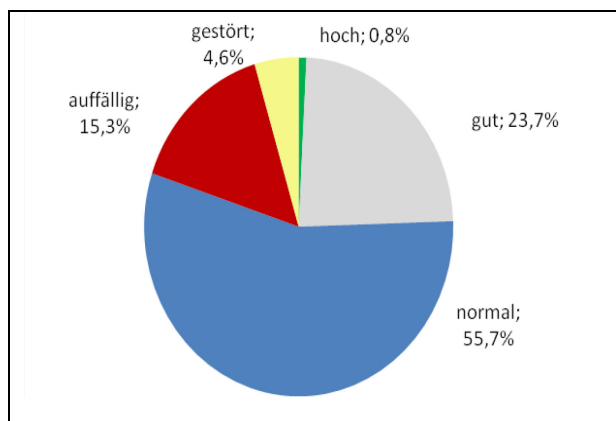


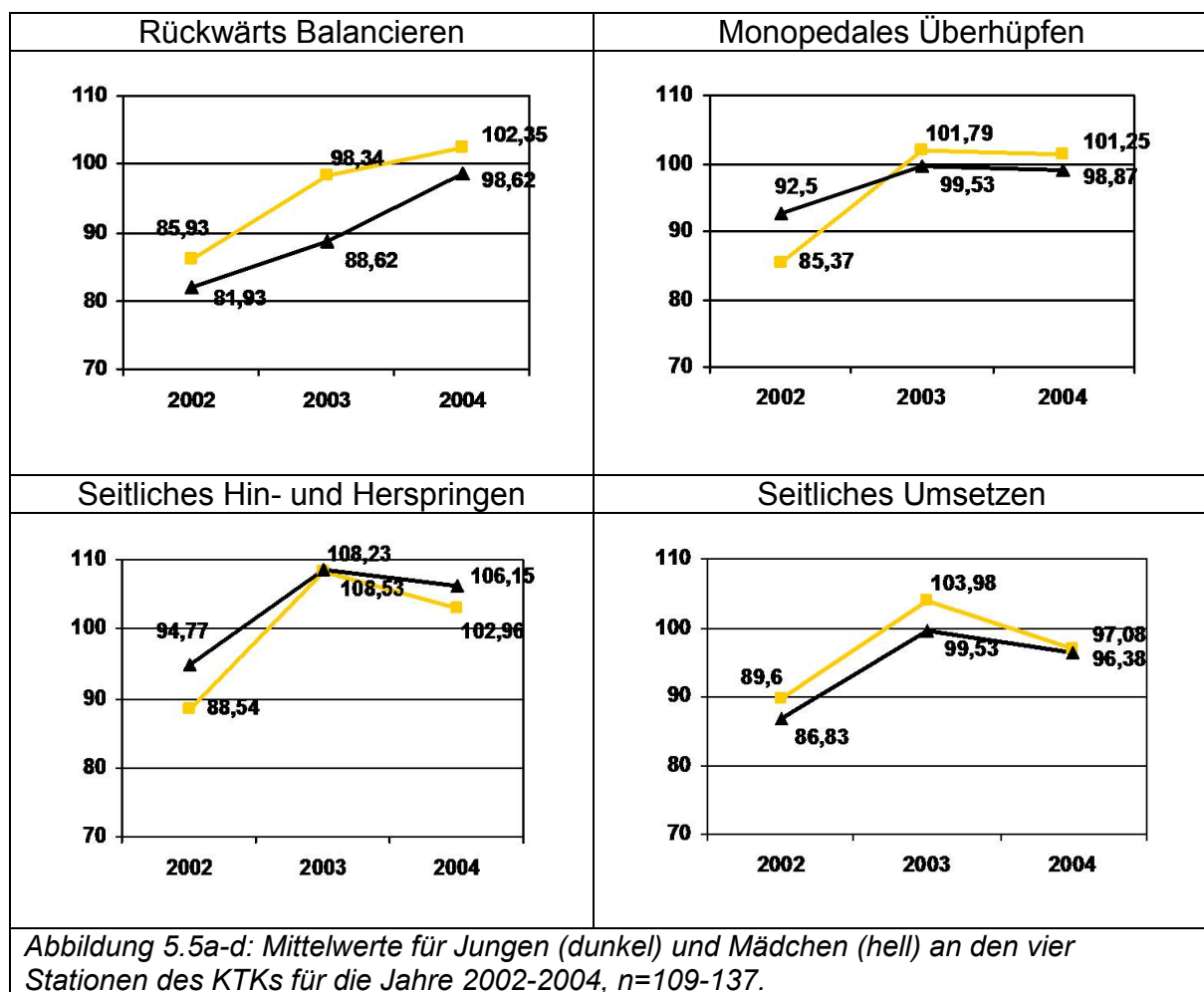
Abbildung 5.4: Darstellung des psychomotorischen Entwicklungsstands anhand der KTK-Ergebnisse für n=131 Schüler. Quelle: Körperkoordinationstest am Ende des 2. Schuljahres.

Insgesamt bestätigte sich das Ergebnis vom Ende des 1. Schuljahres, wonach die zum Einschulungszeitpunkt festgestellten motorischen Defizite nicht länger zu beobachten waren. Aus Tabelle 5.16 wird deutlich, dass nicht nur die Gesamtstichprobe, sondern jede an der Untersuchung beteiligte Schule das Ergebnis aus dem Jahre 2003 in einem Intervall von \pm drei Punkten wiederholen konnte.

Tabelle 5.16: Ergebnis KTK - Mittelwerte der Untersuchungsschulen

	Beginn 1. Schuljahr (2002)		Ende 1. Schuljahr (2003)		Ende 2. Schuljahr (2004)	
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert
Gesamt	137	84,61	123	101,92	131	100,55
Versuchsschule 1	44	86,68	42	107,69	41	104,02
Versuchsschule 2	44	82,43	43	98,09	43	95,33
Kontrollschule 1	21	89,10	23	102,09	21	105,19
Kontrollschule 2	28	81,43	15	96,47	26	99,96

Erneut ergaben sich keine signifikanten Differenzen ($T=0,2 < 1,96$; $\alpha > 0,05$) zwischen Jungen (Mittelwert: 100,6) und Mädchen (Mittelwert: 101,2). Betrachtet man die vier verschiedenen Stationen im Detail (vgl. Abbildungen 5.5a-d), so zeigten die Jungen (dunkle Linie) wiederholt die größten Schwierigkeiten bei der koordinativ anspruchsvollen Aufgabe, dem „Rückwärts Balancieren“, während sie ihre besten Ergebnisse bei der Station „Seitliches Hin- und Herspringen“ erzielten. Allerdings hatten sich auch die Leistungen bei den einzelnen Stationen dem Erwartungswert von 100 Punkten angenähert, sodass die bei den vorhergehenden Untersuchungen attestierten, großen Defizite in dem bisherigen Ausmaß nicht länger zu beobachten waren.



Weitere Erkenntnisse der ersten beiden Jahre belegten, dass übergewichtige und adipöse Kinder schlechtere Leistungen erzielten als Schüler mit einem als „normalgewichtig“ einzustufenden Body-Mass-Index. Insgesamt betrug der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder 2004 in der Stichprobe 16% und lag damit höher als in vorhergehenden Schuljahren (10,6% bzw. 11%). Erstmals überstieg der Wert damit den Prozentsatz, den das Landesinstitut anhand von Schuleingangsuntersuchungen in den Jahren 2001 und 2002 für die Erstklässler in

NRW ermittelt hatte.³⁸⁶ Dieser Wert lag - mit ansteigender Tendenz - bei 11%. Darüber hinaus traf auch auf die Erhebung zum Ende des 2. Schuljahres zu, dass die übergewichtigen und adipösen Schüler beim KTK signifikant ($T=3,4 > 2,58$; $\alpha > 0,01$) schlechtere Leistungen erreichten. Übergewicht reduzierte den Gesamt-MQ-Wert im Vergleich mit den normalgewichtigen Kindern um 7,3%; Adipositas sogar um 25,9%.

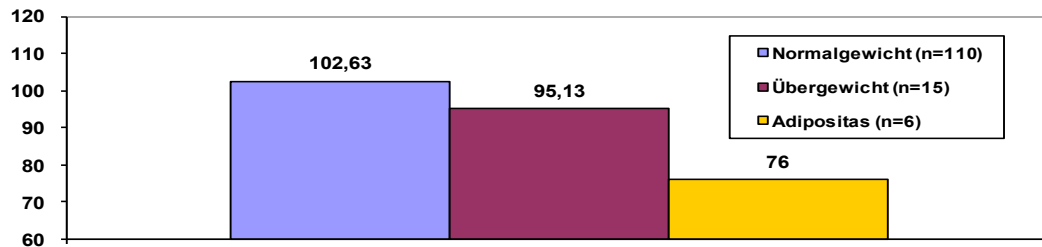


Abbildung 5.6: Durchschnittlicher Motorischer Quotient (MQ) vor dem Hintergrund des Body-Mass-Index (BMI) für 131 Schüler aus den vier untersuchten Schulen.

KTK-Ergebnisse am Ende des 3. Schuljahres

Die Untersuchungen am Ende des 3. Schuljahres wurden planmäßig im Juni/Juli 2005 durchgeführt. Gemäß Untersuchungsplan wurden dabei, wie in den vorausgehenden Jahren, die Daten aus den beiden Versuchsklassen und aus vier Kontrollklassen (aus vier Schulen) erhoben. Eine Kerngruppe von Studierenden war an allen vier Untersuchungen beteiligt, sodass davon ausgegangen werden kann, dass Ablauf und Rahmenbedingungen relativ einheitlich gewesen sein dürften. Insgesamt wurden in den vier Untersuchungen 125 Schüler auf ihren psychomotorischen Entwicklungsstand untersucht, wobei die Werte eines Kindes bei der Auswertung unberücksichtigt blieben.³⁸⁷

Das arithmetische Mittel über die verbleibenden 124 Schüler lag bei 97,1 Punkten (vorher 100,6) und war damit gegenüber den letzten beiden Erhebungszeitpunkten wieder etwas abgesunken. Die Standardabweichung war erneut geringfügig angestiegen und lag bei 16,8 Punkten (vorher 16,3). Insgesamt wichen die Werte aber nicht signifikant ($T=1,94 < 1,96$; $\alpha > 0,05$) von der erwarteten Verteilung ($MW=100$, $sdw=15$) ab. Anhand des arithmetischen Mittels und der Standardabweichung beurteilt, war die Gesamtstichprobe der untersuchten Kinder zum Ende des 3. Schuljahres weiterhin als „normal“-entwickelt anzusehen. Die besten Ergebnisse erzielten die Schüler der Versuchsschule 1 ($MW: 103,5$ Punkte). Während die Entwicklung der Schüler an den drei anderen Schulen vergleichsweise konstant blieb, war ein relativ starker Leistungsrückgang gegenüber dem 2. Schuljahr bei den

³⁸⁶ vgl.

www.liga.nrw.de/themen/gesundheitsberichte_daten/schulgesundheitsjahresberichte/index.html?PISESSI%20=b35e6368e25775ea2e5ef79d05bff07f (verfügbar am: 17.03.10).

³⁸⁷ Der MQ dieses Schülers betrug 42 Punkte und war damit um elf Punkte niedriger als das zweitniedrigste Ergebnis dieser und aller vorhergehenden Erhebungen. Eine Berücksichtigung dieses Schülers hätte die Daten der betreffenden Teilstichproben (Schule, VK/KK, Geschlecht) unverhältnismäßig stark beeinflusst. Das Alter des Kindes und der extrem auffällige Wert lassen darüber hinaus den Schluss zu, dass der entsprechende Schüler in den vorhergehenden Jahren nicht in der Stichprobe war.

Kindern der Kontrollschule 1 zu beobachten (MW: 94,9; -10,3 MQ-Punkte; siehe auch Abbildung 5.11).

Betrachtet man die aus den MQ-Werten gebildeten Kategorien (vgl. Abbildung 5.7), so zeigt sich, dass Ende des 3. Schuljahres erstmals seit dem Einschulungszeitpunkt wieder nahezu ein Viertel der Schüler (24%) in den Rubriken „*auffällig*“ und „*gestört*“ einzuordnen waren. Dem gegenüber blieb die Kategorie der „*hoch*“ - entwickelten Kinder unbesetzt.

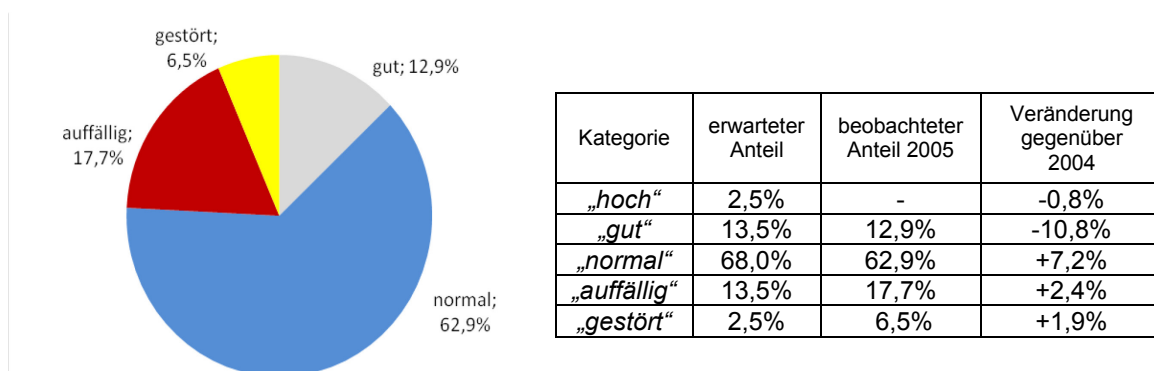


Abbildung 5.7: Darstellung des psychomotorischen Entwicklungsstands am Ende des 3. Schuljahres anhand der über die MQ-Werte gebildeten Kategorien für 124 Schüler aus den vier untersuchten Schulen.

Nach wie vor ergaben sich im Gesamtergebnis keine signifikanten Unterschiede bei der Unterscheidung zwischen Jungen und Mädchen (σ : 98,5, ϕ : 95,9; $T=0,87 < 1,98$; $\alpha > 0,05$). Mit Blick auf die Ergebnisse an den einzelnen vier Stationen zeigte sich, dass die Jungen (MW: 105,1) beim „*Seitlichen Hin- und Herspringen*“ weiterhin deutlich mehr Punkte erzielten als die Mädchen (95,1; $T=2,76 > 1,98$; $\alpha = 0,05$; siehe auch Abbildung 5.16). An den anderen drei Stationen lieferten Jungen und Mädchen wie schon im vorhergehenden Jahr in einem Intervall von +/- drei Punkten vergleichbare Werte.

Des Weiteren bestätigte sich, dass übergewichtige und adipöse Kinder einen schlechteren psychomotorischen Entwicklungsstand aufwiesen. Das psychomotorische Leistungsvermögen übergewichtiger und adipöser Kinder lag signifikant ($T=2,7 > 2,1$; $\alpha = 0,05$) unter dem ihrer „*normal*“-gewichtigen Mitschülern. Insgesamt betrug der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder 13,7% und lag damit in der Mitte dessen, was in den vorherigen Jahren gemessen wurde (zwischen 10,6% und 16%). Von diesen 17 Schülern gehörte etwa jeder Zweite (52,9%) den Kategorien „*auffällig*“ bzw. „*gestört*“ an, bei den „*normal*“-gewichtigen Kindern war es etwa jeder fünfte Schüler (20%). Abbildung 5.8 und die dazugehörige Tabelle verdeutlichen diesen Zusammenhang zwischen Body-Mass-Index und Psychomotorik.

	Anzahl	Mittelwert
Normalgewicht	107	98,98
Übergewicht	10	93,5
Adipositas	7	73,0
gesamt	124	97,07

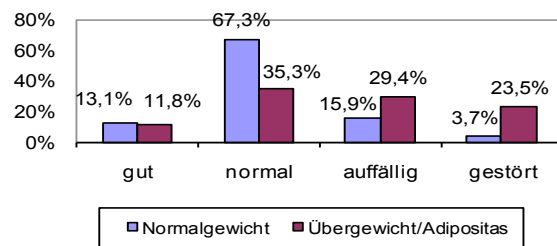
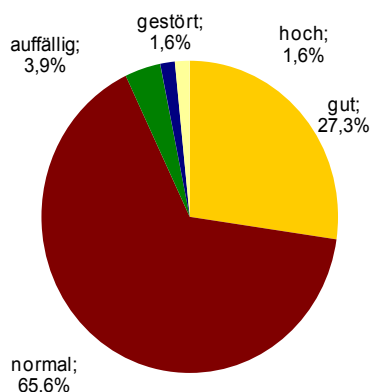


Abbildung 5.8: Zusammenhang zwischen dem psychomotorischen Entwicklungsstand und dem Body-Mass-Index für 124 Schüler aus den vier untersuchten Schulen am Ende des 3. Schuljahres.

KTK-Ergebnisse am Ende des 4. Schuljahres

Das arithmetische Mittel der Stichprobe lag bei 106,3 Punkten (Vorjahr: 97,1) und war damit nach dem Rückgang von ca. drei Punkten im Jahre 2005 wieder angestiegen (siehe Abbildung 5.11), die Standardabweichung war von 16,8 auf 13,9 Punkte gesunken. Beides führte dazu, dass die erhobenen Werte signifikant ($T=5,1 > 3,4$; $\alpha=0,001$) von der erwarteten Verteilung ($MW=100$, $sdw=15$) abwichen. Anhand des arithmetischen Mittels und der Standardabweichung beurteilt, musste die Psychomotorik der untersuchten Kinder am Ende des 4. Schuljahres daher als überdurchschnittlich gut entwickelt bezeichnet werden.

Betrachtet man die anhand der MQ-Werte gebildeten Kategorien (vgl. Abbildung 5.9), so zeigt sich, dass der Anteil der motorisch „gut“ entwickelten Kinder stark angestiegen war, während die (negativ) „auffälligen“ Kinder in einem vergleichbaren Umfang weniger geworden waren. Schüler mit sehr schlechten bzw. sehr guten Leistungen blieben unterrepräsentiert und waren nur in Einzelfällen (je 1,6%) zu beobachten.

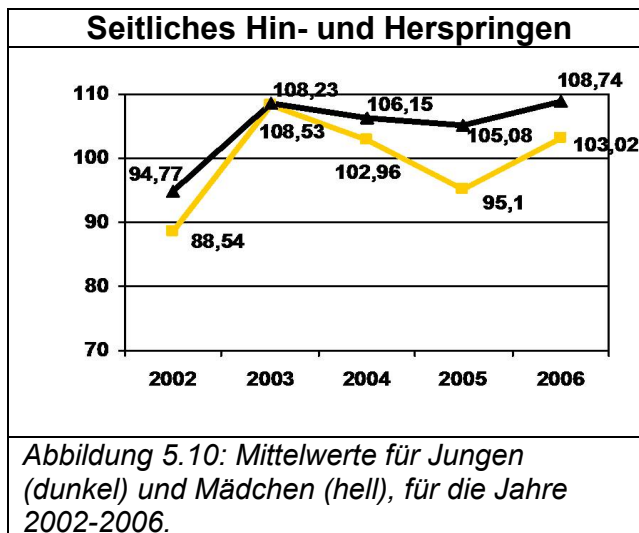


Gruppe	erwarteter Anteil	beobachteter Anteil 2006	Veränderung gegenüber 2005
„hoch“	2,5%	1,6%	+ 1,6%
„gut“	13,5%	27,3%	+14,4%
„normal“	68,0%	65,6%	+ 2,7%
„auffällig“	13,5%	3,9%	- 13,8%
„gestört“	2,5%	1,6%	+ 4,9%

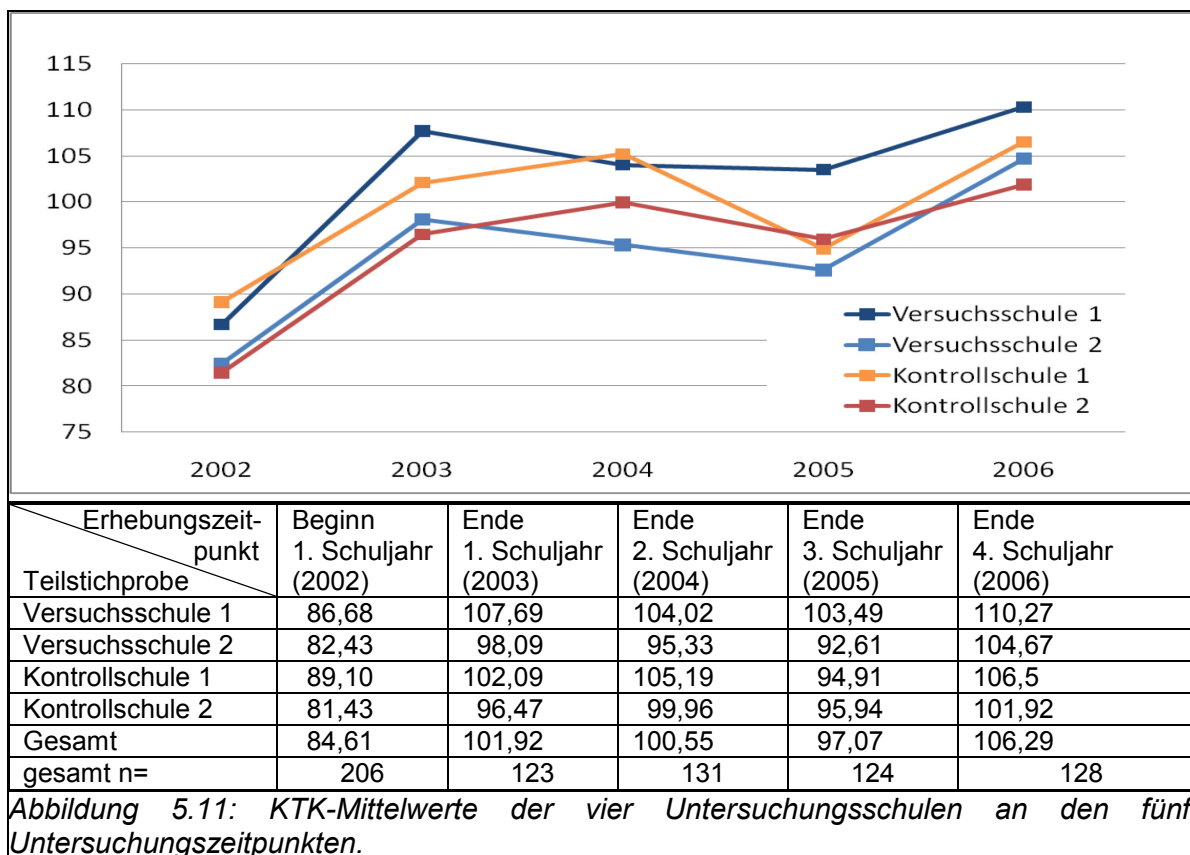
Abbildung 5.9: Darstellung des psychomotorischen Entwicklungsstands am Ende des 4. Schuljahrs anhand der über die MQ-Werte gebildeten Kategorien für 128 Schüler aus den vier untersuchten Schulen.

Richtet man den Blick auf die einzelnen Schulen, so fällt auf, dass auch bei der Abschlussuntersuchung die Schüler der Versuchsschule 1 die höchsten Werte erzielten. An der Kontrollschule 1 zeigten sich die Schüler nach dem starken Rückgang im Vorjahr wieder verbessert. Erstmals lagen auch die Ergebnisse der Versuchsschule 2 und Kontrollschule 2 oberhalb der 100-Punkte-Grenze.

Das Gesamtergebnis zeigte wie in den Vorjahren keine signifikanten Unterschiede für Jungen und Mädchen (\bar{x} : 107,6; \bar{y} : 104,8; $T=1,23 < 1,98$; $\alpha > 0,05$). Lediglich bei der Station „Seitliches Hin- und Herspringen“ erzielten die Jungen weiterhin eine signifikant höhere Punktzahl (MW: 108,7) als die Mädchen (103; $T=2,46 > 1,98$; $\alpha = 0,05$; vgl. Abbildung 5.10). An den anderen drei Stationen lieferten Jungen und Mädchen vergleichbare Werte.



Insgesamt verliefen die Entwicklungslinien bei allen vier Schulen, mit Ausnahme des kleinen Einbruchs der Kontrollschule 1 zum 4. Erhebungszeitpunkt (2005), über den gesamten Grundschulzeitraum annähernd parallel.



Betrachtet man die vier Stationen im Einzelnen, so schnitten die Schüler beim *Seitlichen Umsetzen* (\bar{x} 108,3 Punkte) am besten ab, während beim *Monopedalen Überhüpfen* die geringsten Werte erzielt wurden (\bar{x} 101,6 Punkte, welche jedoch immer noch über dem Erwartungswert von 100 Punkten lagen).

Des Weiteren zeigte sich über alle fünf Erhebungszeitpunkte hinweg, dass übergewichtige und adipöse Kinder schlechtere Leistungen bei der Bewältigung der vier Aufgaben des KTK erbrachten.³⁸⁸ Die Tabelle 5.17 verdeutlicht diesen Zusammenhang zwischen Body-Mass-Index und Psychomotorik am Ende des 4. Schuljahres. Demnach lag das psychomotorische Leistungsvermögen übergewichtiger und adipöser Kinder hoch signifikant ($T=3,43>3,37$; $\alpha=0,001$) unter dem ihrer „normal“-gewichtigen Mitschüler. Übergewicht reduzierte den Gesamt-MQ-Wert um 5,5%; Adipositas sogar um 15,3%. Von den 21 übergewichtigen bzw. adipösen Schülern gehörte lediglich ein Kind (=4,8%) der Kategorie „gut“ an, keines der Kategorie „hoch“. Bei den „normal“-gewichtigen Schülern waren dies in der Summe beider Gruppen 33,7%. Insgesamt betrug der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder 16,4% und lag damit am oberen Ende dessen, was in den letzten Jahren gemessen wurde (zwischen 10,6% und 16%).

Tabelle 5.17:	Anzahl	Mittelwert
Normalgewicht	107	108,1
Übergewicht	11	102,2
Adipositas	10	91,6
Gesamt	128	106,3

Freizeitverhalten

Da im Rahmen der Studie *„Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* keine umfassende Erfassung des Freizeitverhaltens vorgenommen werden konnte, konzentrierten wir uns im Wesentlichen auf die Erhebung der Parameter *„Fernsehkonsument“* und *„Aktivität im Sportverein“*. Damit lässt sich zwar nicht die Vielfalt kindlicher Freizeitgestaltung abdecken, jedoch sind mit der Fernsehorientierung und Sportorientierung zumindest zwei zentrale Formen kindlicher und jugendlicher Lebensstile repräsentiert. Gerhards/Rössel (vgl. Kapitel 4.2.1) hatten einen Zusammenhang zwischen jugendlichen Lebensstilen und dem Ernährungsverhalten nachgewiesen:

„Der stärkste Einfluss auf das Ernährungsverhalten geht von den verschiedenen Lebensstilen aus. Eine Hochkulturorientierung und eine Sportorientierung führen dabei zu einer eher gesunden Ernährungsweise, die beiden spannungsorientierten Lebensstile und die Fernsehorientierung zu einer eher ungesunden Ernährungsweise.“³⁸⁹

Die Daten sind zwar nur für die Altersklasse der 13- bis 16-Jährigen erhoben worden, es ist aber anzunehmen, dass ähnliche Muster tendenziell auch schon bei den 9- bis 11-Jährigen gültig sind. Dies gilt vermutlich umso mehr für die Sport- bzw. Fernsehorientierung, sicher weniger für Hochkulturorientierung bzw. Spannungsorientierung, die im Kindesalter geringer ausgeprägt sein dürften. Für das Jugendalter (die Erkenntnis dürfte aber auch für das Kindesalter zutreffen) ist

³⁸⁸ Ausnahme 2003, da war die Fallzahl an übergewichtigen Kindern für eine signifikante Differenz zu gering, die Tendenz war aber auch in diesem Jahr vorhanden.

³⁸⁹ „ebd. S. 107“

bekannt, dass sportliche Aktivität durch soziale Kontakte motiviert ist, während gesundheitsbezogene Kriterien als Anlass für das Sporttreiben kaum Bedeutung besitzen.³⁹⁰

Von geringen Schwankungen abgesehen, waren den gesamten Grundschulzeitraum über stets ca. 2/3 der Kinder in einem Sportverein aktiv, dabei ergaben sich konstante Unterschiede zwischen den Schülern verschiedener Schulen, etwa zwischen den Schülern der Versuchsschule 1 (über alle fünf Befragungen waren im Durchschnitt 74% der Schüler in einem Sportverein und Versuchsschule 2 (Ø 48%, vgl. Tabelle 5.18)).

Tabelle 5.18: Anteil der in einem Sportverein aktiven Kinder in den verschiedenen Teilgruppen

	Anteil der in einem Sportverein aktiven Kinder ³⁹¹				
	2002	2003	2004	2005	2006
Versuchsschule 1	76,5%	74,5%	71,8%	81,6%	66,7%
Versuchsschule 2	49,1%	43,7%	45,1%	50,0%	54,1%
Kontrollschule 1	72,2%	81,8%	68,2%	58,3%	56,5%
Kontrollschule 2	k.A.	66,7%	55,0%	63,7%	58,3%
Jungen	69,2%	70,6%	63,6%	76,3%	67,3%
Mädchen	61,7%	62,2%	53,8%	51,8%	46,9%
Gesamt	65,0%	66,6%	58,3%	64,4%	59,4%

Die Zahlen liegen damit etwas oberhalb derer des Kindersport-Sozialberichts für das Ruhrgebiet (2006)³⁹². Der Unterschied dürfte auf die untersuchte Altersklasse zurückzuführen sein, da Sportvereinszugehörigkeit in diesen Jahrgänge ihre höchste Verbreitung findet, und bereits im frühen Jugendalter wieder zurückgeht. Des Weiteren bestätigen die konstanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulen die angenommenen, sozialen Unterschiede in deren Einzugsgebieten, zumal Vereinssport sehr selektiv ist, wenngleich sich die sozialen Disparitäten in den letzten Jahren etwas abgeschwächt haben.³⁹³ *„Der Run in den Sportverein scheint primär von jenen Eltern gefördert zu werden, die selbst einen hohen Bildungsabschluss besitzen und die Bildungskarriere ihrer Kinder durch zusätzliche Qualifikationen, die im Sportverein erworben werden, besonders stark unterstützen.“*³⁹⁴

Über den ganzen Grundschulzeitraum waren mehr Jungen (Ø 69%) im Vereinssport organisiert als Mädchen (Ø 55%). Die beliebtesten Sportarten waren zu Beginn des 1. Schuljahres Schwimmen, Turnen (je 24 Nennungen), Fußball (23), Handball (19), Leichtathletik und Reiten (je 8) und am Ende des 4. Schuljahres Fußball (21

³⁹⁰ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 223.

³⁹¹ Daten 2002-2005: Angaben der Elternbefragung, 2006: Angaben der Kinderbefragung im Rahmen des Körperkoordinationstests.

³⁹² vgl. Schmidt: Kindersport-Sozialbericht des Ruhrgebiets, S. 104.

³⁹³ vgl. Schmidt: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, S. 57.

³⁹⁴ Schmidt: Kindersport-Sozialbericht des Ruhrgebiets, S. 111.

Nennungen), Handball (10) und Tanzen (7). Die sportlichen Aktivitäten veränderten sich im Laufe des Grundschulzeitraums. Zum Einschulungszeitpunkt waren das Schwimmen und Turnen weit verbreitet und wurden dann durch andere Sportarten, etwa das Tanzen bei Mädchen, abgelöst. Über den gesamten Grundschulzeitraum gesehen, bestätigten sich die zu erwartenden geschlechtsspezifischen Sport-Vorlieben, wonach Jungen v.a. Fußball und Handball, die Mädchen Turnen, Reiten, Tanzen und Leichtathletik bevorzugten. Generell lässt die sportwissenschaftliche Forschungslage zur Erklärung des Sportverhaltens von Jungen und Mädchen im Grundschulalter noch keine geschlechtertheoretisch begründeten Aussagen zu. Die bestehenden Vorlieben, demnach sich Jungen mehrheitlich auf Ball- und Kampfsportarten konzentrieren, während Mädchen sich eher vielseitig orientieren, lassen sich nicht auf unterschiedliche psychomotorische Fähigkeiten zurückführen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die sportbezogene Konstruktion von Geschlecht bereits im frühen Kindesalter beginnt.³⁹⁵

Einen Gegensatz zum sportorientierten Lebensstil (sofern man bei Grundschulkindern schon davon reden kann) bildet die Fernsehorientierung. Zu allen Befragungszeitpunkten verbrachten Kinder, die in einem Sportverein aktiv waren, signifikant weniger Zeit vor dem Fernseher (\bar{x} 71 Minuten pro Tag) als die in dieser Hinsicht Nicht-Aktiven (\bar{x} 105 Minuten; $T=3,1 > 2,62$; $\alpha=0,01$).³⁹⁶

5.3.1.3 Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion

Die vorliegende Längsschnittstudie kann nicht eindeutig die eine oder die andere diskutierte Position (Rückgang vs. relative Konstanz der psychomotorischen Leistungsfähigkeit von Kindern) bestätigen: Zum Einschulungszeitpunkt wurden einerseits sehr große psychomotorische Defizite gemessen, welche aber andererseits bereits mit Ende des 1. Schuljahres aufgehoben waren. Schul- und auch Vereinssport scheinen dabei an den untersuchten Schulen eine positive Wirkung zu zeigen, sodass die Mehrzahl der Kinder die Standards der 1970er Jahre (die beim KTK als Datenbezug herangezogen werden) erfüllen. Insgesamt ist es daher zweifelhaft, ob die vielfach postulierten Bewegungsdefizite Heranwachsender uneingeschränkt gültig sind. Allerdings bleibt auch am Ende des 4. Schuljahres noch eine Gruppe von ca. 10% der Schüler übrig, bei denen eine intensivere psychomotorische Förderung notwendig wäre. Über alle fünf Untersuchungen hinweg bestätigt sich des Weiteren die Vermutung, dass Übergewicht und Adipositas die sportliche Leistungsfähigkeit der Kinder stark beeinträchtigen.

In den Pausen des KTK wurden die Kinder gebeten, einige Fragen zum Freizeit- und Bewegungsverhalten zu beantworten. Die Fragen wurden vor dem Hintergrund der aus der Lebensstilforschung stammenden, sich teilweise gegenüberstehenden Orientierungsmuster „*Sportschema* und „*Außerhäusliches Spannungsschema*“ vs. „*Fernsehschema* und „*Innerhäusliches Spannungsschema*“³⁹⁷ interpretiert.

Auf die Frage, wie gerne die Kinder Sport treiben, zeigte sich eine große Beliebtheit des Sports bei den Kindern. Lediglich zehn Schüler (= 8%) gaben an, dass sie „*nicht*

³⁹⁵ vgl. Schmidt: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, S. 80ff.

³⁹⁶ Daten der Elternbefragung vom Ende des 3. Schuljahres.

³⁹⁷ vgl. Gerhards/Rössel: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile, 2003.

so gerne“ oder sogar „ganz ungern“ Sport treiben würden.³⁹⁸ Diese Aussage trifft im gleichen Maße auf Jungen und Mädchen zu, dabei besteht ein Zusammenhang ($\text{cor. (Pearsons)} 0,38$) zwischen dieser Beurteilung und der Leistung der Schüler im Motorik-Test. Beide Variablen dürften sich wechselseitig beeinflussen.

Drei von vier Kinder (76%) gaben an, am Vortag der Befragung Fernsehen geschaut zu haben. Sie nannten eine durchschnittliche Verweildauer von 63 Minuten, was deutlich unterhalb des Wertes (100 Minuten) lag, der von den Eltern im Durchschnitt zum gleichen Befragungszeitpunkt für ihre Kinder angegeben wurde. Der durchschnittliche Medienkonsum kann, anhand der zu verschiedenen Messzeitpunkten und Erhebungsinstrumenten erhobenen Daten, für die gesamte Grundschulzeit auf 90 Minuten pro Tag geschätzt werden. Sobald ein Fernseher im Kinderzimmer steht, steigt der Fernsehkonsum stark an. Zum Einschulungszeitpunkt verbrachten 10% der Schüler drei und mehr Stunden mit den verschiedenen elektronischen Medien. Zwei Drittel der Erstklässler verfolgten regelmäßig Fernsehserien, die mehrfach in der Woche ausgestrahlt wurden. Dies erhöhte den täglichen Fernsehkonsum dieser Gruppe im Durchschnitt um 34 Minuten.

Bereits zu Beginn des 1. Schuljahres hatte jeder vierte Schüler einen eigenen Fernseher im Zimmer stehen. Zugang zu einem Computer hatten 54% der Schüler, 9% von ihnen besaßen einen eigenen PC, 26% eine Spielkonsole. Diese Zahlen entsprachen den Daten der KIM-Studie (2002) für diese Altersklasse.³⁹⁹ Zugleich waren sehr divergente Einstellungen, gegenüber dem Medienkonsum im frühen Grundschulalter, unter den Eltern verbreitet, die teilweise auch die Unsicherheit zum Ausdruck brachten, nicht zu wissen, wie viel Medienkonsum für Kinder schädlich ist, bzw. inwieweit sie ihre Kinder schon frühzeitig an elektronischen Medien heranzuführen sollten. Eine große Gruppe (47%) unter den Eltern befürwortete die Verwendung des Computers im Unterricht der Grundschule bereits zum Einschulungszeitpunkt. Demgegenüber stand ein Anteil von 15% der Eltern, der sich prinzipiell dagegen aussprach. Eine ähnliche Unsicherheit kam im Umgang mit dem Fernsehkonsum zum Ausdruck. So stimmte ein Prozentsatz von zwei Drittel aller Eltern zumindest teilweise der Aussage zu, dass die Kinder „[...] kaum noch zwischen der Fantasiewelt des Fernsehens und der Realität unterscheiden“ können, annähernd ein Viertel der Eltern (24%) glaubte, nach dem Konsum bestimmter Fernsehsendungen eine Verhaltensänderung bei ihrem Kind beobachten zu können. Dieser Skepsis gegenüber elektronischen Medien entsprechend, gaben 86% der Eltern an, dass sie sich über die Inhalte des von den Kindern gesehenen Programmes informieren würden, 60% von ihnen gaben an, regelmäßig mit ihren Kindern über die gesehenen Sendungen zu sprechen.

Am Ende des 4. Schuljahres gaben 84% der Schüler an, einen eigenen PC oder eine Spielkonsole zu besitzen, welche unterschiedlich häufig genutzt wurden (38% antworteten mit „selten“/„sehr selten“, 23% mit „oft“/„sehr oft“).

³⁹⁸ Die Beobachtung deckt sich mit den Ergebnissen der DSB-SPRINT-Studie (2006) zur Situation des Schulsports in Deutschland. Auch hier wird geschlechtsübergreifend dem (Schul-)Sport eine wichtige bis sehr wichtige Bedeutung zugeschrieben. Hierbei gilt: „Je jünger einerseits die Heranwachsenden sind und andererseits je mehr sie in höheren Bildungsgängen aktiv sind, desto wichtiger wird der Sport, [...]“.

³⁹⁹ vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.): Kim 2002 - Kinder und Medien Computer und Internet. Basisstudie zum Medienumgang 6-bis 13-Jähriger in Deutschland. Baden-Baden: MPFS 2002.

Nahezu $\frac{3}{4}$ der Schüler (71%) gaben am Ende des 4. Schuljahres an, dass sie „*off*“ bzw. sogar „*sehr off*“ draußen spielen würden. Lediglich eine kleine Gruppe von 8% antwortete auf diese Frage mit „*selten*“ oder „*sehr selten*“. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zum Befragungszeitpunkt (Juni 2006) hochsommerliches Wetter vorherrschte. Zwischen dem „Draußen spielen“ und dem Medienkonsum zeigte sich kein statistischer Zusammenhang. Die große Beliebtheit des „Draußen spielen“ kommt auch wiederholt in den Ergebnissen der KIM-Studie zum Ausdruck. Sowohl in den herangezogenen Daten der KIM-Studie von 2003⁴⁰⁰, wie auch in der KIM-Studie von 2006⁴⁰¹ nannten die befragten Kinder (zwischen 6 und 13 Jahren) als beliebteste Freizeitaktivität an erster Stelle „*Sich mit Freunden treffen*“, an zweiter Stelle „*Draußen spielen*“ und erst an dritter Stelle „*Fernsehen*“. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren in der Hierarchie der beliebtesten Freizeitaktivitäten auf den ersten drei Plätzen nicht zu beobachten.

Auch beim Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) wurde die Nutzung elektronischer Medien, vor dem Hintergrund möglicher Zusammenhänge zur körperlich-sportlichen Aktivität, untersucht. Der Fokus lag allerdings auf den 11- bis 17-Jährigen, sodass für das Grundschulalter keine Daten vorliegen. Es wurde hierbei jedoch erst bei einer Nutzungsdauer elektronischer Medien von vier Stunden pro Tag ein Zusammenhang zur körperlich-sportlicher Inaktivität festgestellt. Der Zusammenhang von häufiger Mediennutzung, körperlich-sportlicher Inaktivität und Übergewicht lässt sich somit nur für eine sehr umfangreiche Mediennutzung nachweisen, konnte aber pauschal nicht bestätigt werden. Zudem verweisen die Autoren darauf, dass die Ursache-Wirkung-Beziehung für einen solchen Zusammenhang nicht eindeutig zu klären ist.⁴⁰² Für das Grundschulalter, so die Daten aus „*Gut drauf!*“, ist eine dermaßen hohe Verweildauer vor elektronischen Medien angesichts hoher elterlicher Kontrolle generell noch die Ausnahme.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse erscheinen Zweifel gerechtfertigt, ob die häufig einander gegenüber gestellten Freizeit- und Verhaltensformen in der Lebenswirklichkeit von Kindern so unvereinbar sind, wie teilweise angenommen wird. So konnte weder die *Verdrängungshypothese* - der zu Folge Fernsehen und andere mediale Tätigkeiten die körperliche Bewegung verdrängen - noch der Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Körperfettanteil bestätigt werden. Für Großbritannien kamen Gorey et al. (2004)⁴⁰³ zu den gleichen Ergebnissen, demnach kein Zusammenhang zwischen der körperlichen Inaktivität und dem Medienkonsum bestehen würde. Ebenso hat der Medienkonsum - entgegen der öffentlichen Meinung - im Kindes- und Jugendalter in Deutschland in den letzten Jahren nicht zugenommen, sondern ist (allerdings auf hohem Niveau) weitgehend konstant geblieben. Viel stärker als einzelne Aspekte des Freizeitverhaltens scheinen

⁴⁰⁰ vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.): Kim 2003 - Kinder und Medien Computer und Internet. Basisstudie zum Medienumgang 6-bis 13-Jähriger in Deutschland. Baden-Baden: MPFS 2003.

⁴⁰¹ vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.): Kim 2006 - Kinder und Medien Computer und Internet. Basisstudie zum Medienumgang 6-bis 13-Jähriger in Deutschland. Stuttgart: MPFS 2007.

⁴⁰² vgl. Lampert/Sygyusch/Schlack: Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 650f.

⁴⁰³ vgl. Gorey/Marshall/Biddle: Couch kids: correlates of television viewing among youth. In: International Journal of Behavioral Medicine 11/2004, Pp. 152-163.

komplexe Lebensstilfaktoren für das Entstehen von Übergewicht, Adipositas und psychomotorischen Defiziten verantwortlich zu sein.⁴⁰⁴

5.3.1.4 Ansätze zur Prävention von psychomotorischen Defiziten und zur Bewegungsförderung

Ausgehend von der spätestens seit der AOK-DSB-WIAD-Studie II (2003) als defizitär ausgewiesenen psychomotorischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (s.o.) und der Einsicht in die Bedeutung von körperlicher Aktivität als lebenslange gesundheitliche Ressource, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Bewegungsförderung initiiert.

An schulbezogenen Ansätzen lassen sich zum einen solche Maßnahmen unterscheiden, die konkret im Unterrichtsfach Sport verankert sind, und zum anderen solche, die im Rahmen eines gesundheitsfördernden Maßnahmenpakets den ganzen Lebensraum Schule betreffen, und vielfach mit dem Grundgedanken einer „*Bewegten Schule*“ verbunden sind (siehe auch 4.1.2.1, 4.1.2.2, 8.7).

Die Optimierung der Förderungs- und Präventionsmöglichkeiten im Unterrichtsfach „Sport“ sind Gegenstand einer eigenen Schulsport-Forschung und schließt neben trainingswissenschaftlichen Erkenntnissen auch methodisch-didaktische Fragen ein. Bewegungsförderung wird hiermit zu einem Gegenstand der Fachdidaktik des Sportunterrichts, wenngleich die Perspektiven erkannt werden, die ein von den Grenzen des Fachs entkoppelter Schulsport für die Schulentwicklung leisten kann.⁴⁰⁵

Die Idee der „Bewegten Schule“ entstand aus der Kritik an der „Sitz-Schule“, deren bewegungs- und körperfeindliche Strukturen Ende der 1980er Jahre als Belastung für die kindliche Gesundheit erkannt wurden. Dem Sitzen als passive, bewegungsarme Lernposition sollte Bewegung als neues Strukturelement von Schule und Unterricht entgegengesetzt werden. Dies sowohl hinsichtlich der Quantität (mehr Bewegungszeit) als auch hinsichtlich der Qualität (Bewegungsformen auch außerhalb der ihnen bislang zugewiesenen Zeiten, den regulären Pausen oder dem Sportunterricht).⁴⁰⁶

Nach Klupsch-Sahlmann (2007) lassen sich drei verschiedene Konzepte der „*Bewegten Schule*“ feststellen. Zum ersten eine frühe Form in den 1980er Jahren, bei der die Bewegungsförderung zur Kompensation von gesundheitlichen Beeinträchtigungen (etwa Rückenbeschwerden) von Kindern eingesetzt wurde. Ein zweiter Ansatzpunkt liegt in der sportergänzenden Bewegungserziehung, ein ganzheitlicher Ansatz, bei dem Bewegung als Ressource zugleich für die kognitive Entwicklung und die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes gesehen wird. So konnten verschiedene Studien belegen, dass sich auch die kognitiven

⁴⁰⁴ vgl. Bünemann: Mediennutzung im Heranwachsendenalter - Ursache für steigende Übergewichtsprävalenzen? In: Sportunterricht. Heft 12/2005, S. 362-367.

⁴⁰⁵ vgl. Serwe: Schulentwicklung und Schulsportentwicklung – Verbindungen zwischen schul- und sportpädagogischen Perspektiven. In: Dortmunder Zentrum für Schulsportforschung (Hrsg.): Schulsport-Forschung. Grundlagen, Perspektiven und Anregungen, S. 125ff.

⁴⁰⁶ vgl. Schmidt: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, S. 337f.

Schülerleistungen durch eine „bewegte“ Unterrichtsgestaltung besserten.⁴⁰⁷ In einer Meta-Analyse haben Hillman, Erickson und Kramer (2008) zahlreiche positive Zusammenhänge von körperlicher Aktivität auf kognitive Leistungen und die mentale Gesundheit aufgeführt.

„A recent meta-analysis determined a positive relation between physical activity and cognitive performances in school-age children (aged 4-18 years) in eight measurements categories (perceptual skills, intelligence quotient, achievement, verbal tests, mathematic tests, memory, development level/academic readiness and other). [...] These findings suggest that although physical activity might be beneficial at all stages of life, early intervention might be important for the improvement and/or maintenance of cognitive health and function throughout the adult lifespan.“⁴⁰⁸

Ein drittes Konzept sieht er in dem Verständnis von Bewegungsförderung als Bestandteil einer bewegten Schulkultur, wie sie im „Haus der Bewegten Schule“ (siehe Abbildung 5.12) zum Ausdruck kommt.⁴⁰⁹

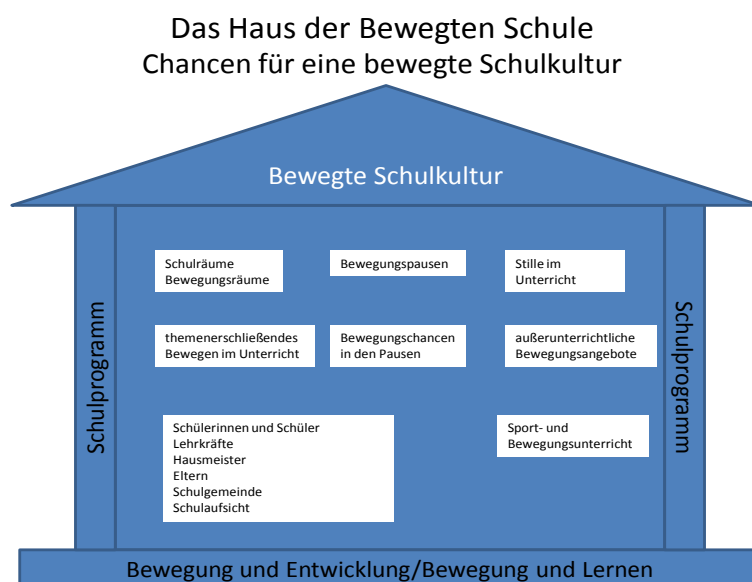


Abbildung 5.12: Haus der Bewegten Schule, nach: Klupsch-Sahlmann: Schulprogramm und Bewegte Schule, S. 89.⁴¹⁰

⁴⁰⁷ u.a. Dordel/Breithecker: Bewegte Schule als Chance einer Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit. In: Haltung und Bewegung 23/2003, S. 5-15; Graf/Koch/Dordel: Körperliche Aktivität und Konzentration – gibt es Zusammenhänge? In: Sportunterricht 52/2003; S. 142-146.

⁴⁰⁸ Hillman/Erickson/Kramer: Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. In: Nature Reviews Neuroscience (9) 1/2008, Pp. 59.

⁴⁰⁹ vgl. Klupsch-Sahlmann: Schulprogramm und Bewegte Schule. In: Hildebrandt-Stratmann: Bewegte Schule – Schule bewegt gestalten, S. 87f.

⁴¹⁰ „ebd., S. 89“.

Dieses dritte Konzept der „*Bewegten Schule*“ gewinnt seit Mitte der 1990er Jahre für die Grundschule zunehmend an Bedeutung und an Profil. Wie die verschiedenen „Fenster“ im „*Haus der Bewegten Schule*“ verdeutlichen sollen, wird versucht, den Bewegungsbedürfnissen der Kinder nicht nur im Schulsport, sondern im gesamten Schulalltag gerecht zu werden, um Bewegung über den gesundheitsbezogenen Aspekt hinausgehend als Ressource für ein ganzheitliches Lernen nutzbar zu machen. Zu den Elementen einer bewegungsorientierten Schule zählen (vgl. Kapitel 8.5 und 8.7):

- eine Schul- und Klassenraumgestaltung, die zu Bewegung anregen soll, anstatt sie zu verhindern;
- Schulmöbel, die ein dynamisches Sitzen ermöglichen, die dem Bewegungsdrang der Kinder nachkommen und so u.a. auch Haltungsschäden vorbeugen können;
- Lehr- und Lernformen, die Bewegung einbeziehen (etwa durch Laufdiktate);
- über den Schultag verteilte, regelmäßige Bewegungspausen, sowie von den Schülern selbstgewählte Bewegungsaktivitäten;
- Rhythmisierung des Schulalltags durch den Wechsel von Spannung und Entspannung;
- ein umfangreiches Angebot an Schulsport-AGs;
- verbindliche Inhalte der Körper- und Gesundheitsbildung;
- sonstige Schul-Veranstaltungen, mit denen die Bewegungsfreude gefördert wird (z.B. Schulsportfeste).⁴¹¹

Die Aktivitäten, die von den einzelnen Schulen mit der Idee einer „*Bewegten Schule*“ verbunden werden, sind vielfältig. Hoffmann (u.a.) kritisiert allerdings, dass sich das Konzept der „*Bewegten Schule*“ vielfach noch „[...] *durch didaktische und methodische Unklarheiten sowie durch mangelnde Begleitforschung* [...]“ auszeichnet.⁴¹²

Neue Erwartungen an das Zueinander von Sportförderung und Schulentwicklung sind mit der Ganztagsschule verbunden. Mit der Ausdehnung des Unterrichts in den Nachmittag hinein ist vielfach die Hoffnung geknüpft, mehr „Bewegung“ in der Schule zu bringen. Die im Nachmittagsunterricht zu leistende Betreuungs- und Förderarbeit wird dabei häufig von Sportvereinen übernommen, die im Idealfall entsprechend qualifizierte und engagierte Übungsleiter zur Verfügung stellen. Der Ganztagsunterricht beinhaltet somit ein gewisses Potenzial für zusätzliche Sportförderung. Allerdings ist zumindest zu diskutieren, ob Sportvereine nicht häufig ein eigenes Interesse an einer derartigen Kooperation haben, die in erster Linie vielfach in der Sichtung von „talentierten“ Kindern und weniger in der Kompensation von sportmotorischen Defiziten der „untalentierten“, und damit auch für den Vereinssport unattraktiven, Kindern liegen dürfte.⁴¹³

Ebenfalls nicht unproblematisch ist die Leistungs- und Konkurrenzorientierung im Sport zu sehen. Gerade die Kinder, die erhebliche psychomotorischen Defizite

⁴¹¹ vgl. Illi: *Bewegte Schule*. In: Sportunterricht. Heft 10/1995, S. 412.; Thiel/Teubert/Kleindienst-Cachay: *Die „Bewegte Schule“ auf dem Weg in die Praxis*, 2004.

⁴¹² Hoffmann/Brand/Schlicht: *Körperliche Bewegung*. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*, S. 213.

⁴¹³ Diese Anmerkung erlaube ich mir mit selbstkritischem Blick auf die von mir selbst und dem dazugehörigen Verein durchgeführten Schulsport-AGs.

haben, erfahren dadurch zumeist Misserfolge und Negativerlebnisse. Gerade bei diesen Schülern steht die Bewegungsförderung in der Schule vor der von Hoffmann (u.a.) formulierten Aufgabe, „Freude an der Bewegung [zu] vermitteln und die Selbstwirksamkeit [zu] stärken“. ⁴¹⁴

Die Erkenntnisse von Brettschneider/Kleine (2002) ⁴¹⁵ lassen generell an der vielfach unterstellten, uneingeschränkt positiven Wirkung des (Vereins-)Sports zweifeln. Die Autoren kamen in ihren zweijährigen Längsschnittstudie (1998-2000) bei ca. 1600 Kindern zwischen 12 und 18 Jahren zu dem Ergebnis, dass die positiven Effekte des Sports, sowohl hinsichtlich der sportlichen Leistungsfähigkeit als auch hinsichtlich der psychosozialen Gesundheit, überschätzt werden. Die in beiden Bereichen festgestellten Unterschiede seien auf Selektionseffekten zurückzuführen, zusätzliche Entwicklungen als Folge sportlicher Aktivitäten waren im Längsschnitt nicht zu beobachten.

„Die Befunde lassen eine pauschale Bestätigung der Annahme, dass sportliche Aktivität im Jugendalter das Auftreten psychosomatischer Beschwerden signifikant mindert, nicht zu. Vielmehr führen die in der Querschnittuntersuchung festgestellten günstigeren Prävalenzraten und eine entsprechend größere Stressresistenz zu dem vorsichtigen Schluss, dass wohl nicht das Engagement im Sportverein beschwerdereduzierend wirkt, sondern dass vielmehr unter den Sportvereinsmitgliedern viele Jugendliche sind, die sich einer starken Physis und Psyche erfreuen.“ ⁴¹⁶

Somit ist trotz aller positiver Auswirkungen des Sports im Anschluss an Steins (2007) auch zu berücksichtigen: „Sport ist kein Allheilmittel. Sport ist sicherlich notwendig, um den Körper fit und gesund zu halten, aber seelische Turbulenzen und Verwicklungen kann er allenfalls lindern, nicht heilen.“ ⁴¹⁷

5.3.2 Ernährungsbedingte Erkrankungen

Das Ernährungsverhalten eines Menschen steht in direkter Beziehung zu seinem Bewegungsverhalten, da im Verhältnis zum Energieverbrauch des Körpers unangemessene Ernährungsgewohnheiten über einen längeren Zeitraum hinweg zu einer positiven Energiebilanz führen können, welche dann zu Übergewicht bis hin zu Adipositas beitragen kann. Zudem werden Fehlernährung und Übergewicht vielfach in einem Atemzug mit Defiziten in der körperlich-sportlichen Leistungsfähigkeit genannt. Neben der rein quantitativen Energieaufnahme ist die Qualität der Nahrung bedeutsam, wobei prinzipiell eine abwechslungsreiche gegenüber einer einseitigen

⁴¹⁴ Hoffmann/Brand/Schlicht: Körperliche Bewegung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 215.

⁴¹⁵ vgl. Brettschneider/Kleine: Jugendarbeit im Sportverein – Anspruch und Wirklichkeit. Eine Evaluationsstudie. Schorndorf: Hofmann 2002.

⁴¹⁶ Brettschneider/Kleine/Brandl-Bredenbeck: „Jugendarbeit in Sportvereinen – Anspruch und Wirklichkeit“ – Eine Evaluationsstudie zur Leistungsfähigkeit der Sportvereine in Nordrhein-Westfalen. In: Spektrum der Sportwissenschaft 14/2002, S. 91.

⁴¹⁷ Steins: Sozialpsychologie des Körpers, S. 139.

Ernährung zu bevorzugen ist.⁴¹⁸ Im Vergleich mit früheren Epochen, in denen Nahrungsmittel begrenzt waren und Mangelernährung ein weit verbreitetes gesundheitliches Risiko bedeutete, besteht in den westlichen Industrienationen gegenwärtig ein Überangebot an (hochwertigen) Nahrungsmitteln. Dennoch ist das Ernährungsverhalten vieler Menschen nicht ausgewogen und gesund: *„Wichtige Nährstoffe werden dem Körper nicht zugeführt, es wird unregelmäßig und einseitig, zu viel oder, um dem Schlankheitsideal zu entsprechen, zu wenig gegessen.“*⁴¹⁹

Neben der Quantität (wie viel) und der Qualität (was) der aufgenommenen Nährstoffe stellen die Ernährungsgewohnheiten (wann, wo und wie gegessen wird) somit den dritten bedeutenden Aspekt des Ernährungsverhaltens dar. Neben solchen, dem Lebensstil eines Menschen zuzuordnenden Variablen, sind zudem genetische Prädispositionen sowie Umweltbedingungen (z.B. die Ernährungsgewohnheiten der Mutter während der Schwangerschaft) für die Ausbildung von Übergewicht, Adipositas sowie andere ernährungsbedingten Erkrankungen verantwortlich.⁴²⁰ Gerade bei ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen ist anzunehmen, dass zahlreiche dieser Faktoren miteinander interagieren und an ihrer Entstehung sowie Aufrechterhaltung beteiligt sind.

*„Die meisten Kinder, die zu viel essen und zu wenig Bewegung haben, werden als Erwachsene übergewichtig. Das hängt damit zusammen, dass die Zahl der Fettzellen vor allem in den ersten Lebensjahren festgelegt wird, wobei genetische und Umwelteinflüsse zusammenwirken. Eine hohe Zahl von Fettzellen begünstigt die Speicherung von Fett und somit die Entstehung von Übergewicht bei Erwachsenen. Wird später, im Jugendalter, zu viel gegessen, dann schlägt sich dies mehr auf die Größe der Fettzellen nieder, weniger auf deren Anzahl.“*⁴²¹

Die Zunahme an übergewichtigen und adipösen Kinder oder Erwachsenen wird regelmäßig problematisiert. Alarmierend formulierte die IOTF im Anschluss an den Childhood Obesity Report 2004: *„The epidemic appears to be accelerating out of control. Things are worse than our gloomiest predictions.“*⁴²² Weltweit gelten etwa 10% der Kinder übergewichtig, in Nordeuropa lagen die erhobenen Prävalenzen bei 10-20%, in Südeuropa bei 20-35%.⁴²³

Übergewicht und Adipositas stellen nur eine Perspektive von ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen dar. Darüber hinaus gibt es verschiedene Essstörungen, die sich durch eine intensive Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht, übermäßige Kontrolle des Essverhaltens (einhergehend mit zeitweisem Kontrollverlust) und teilweise mit einer erheblicher Reduktion des Körpergewichts auszeichnen. Als

⁴¹⁸ Da an dieser Stelle nicht ausführlich auf die, von der individuellen Konstitution und dem jeweiligen Energiebedarf abhängige, optimale Zusammensetzung der Nahrung eingegangen werden kann, wird auf die zehn Regeln für vollwertige Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) verwiesen: www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=15 (04.01.10)

⁴¹⁹ Warschburger: Ernährung und Gewichtskontrolle. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 204.

⁴²⁰ vgl. Vögele/Ellrott: Ernährung, Über- und Untergewicht. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 186.

⁴²¹ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 278.

⁴²² www.iotf.org/media/IOTFmay28.pdf (verfügbar am 11.05.10).

⁴²³ „ebd.“

wesentliche Essstörungen sind zu nennen: Anorexie, Bulimie und Binge Eating Disorder.⁴²⁴ Diese Essstörungen zählen zu den Verhaltensauffälligkeiten, sie werden „[...] nicht primär als Ausdruck einer in einer Person liegenden Pathologie verstanden, sondern als Reaktion auf Lebensumstände und Traumatisierungen, die das Individuum nicht zu meistern vermag. Sie stellen einen gescheiterten und in der Regel auch gänzlich unangemessenen Lösungsversuch für Probleme dar, für die den Betroffenen keine angemessenen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.“⁴²⁵

Mit der IDEFICS-Studie findet seit 2006 (bis 2011) eine europaweite Studie (17.000 Kinder aus neun europäischen Nationen) zur Verringerung ernährungs- und lebensstilbedingter Erkrankungen bei Kindern statt. Mit der Studie sollen zum einen die Effekte erforscht werden, die die Ausbildung von Ernährungsgewohnheiten und ernährungsbedingten Erkrankungen beeinflussen, und zum anderen Interventionsansätze entwickelt und erprobt werden.⁴²⁶ Erste Ergebnisse bestätigen den oben erwähnten Nord-Süd-Gradienten bei Übergewicht und Adipositas, was v.a. auch deshalb erstaunt, da die mediterrane Küche ernährungsphysiologisch als eher gesund gilt.⁴²⁷ Weiterhin wird die Wirkung der Sozialisationsagenturen auf das Ernährungsverhalten untersucht: Den größten Einfluss besitzt das Elternhaus. Neben der Auswahl der dargebotenen Speisen wird v.a. die „emotionale Färbung“, d.h. die Nahrungsaufnahme begleitende Interaktion (z.B. Essensrituale, Verbot von bestimmten Speisen, Zwang zum Essen, Belohnung für das Aufessen) als bedeutsam angesehen. Für die schulische Ernährungserziehung gilt, dass die Gestaltung der Schulumwelt (Angebote im Schulkiosk, Bewegungsmöglichkeiten) mindestens genauso wichtig ist, wie die Vermittlung von Ernährungswissen. Dass Kinder im Grundschulalter besonders anfällig für Werbebotschaft und damit für den Konsum von häufig eher ungesunden Produkten sind, wird über den kognitiven Entwicklungsstand (siehe auch Kapitel 4.3.2) erklärt: Erst mit Erreichen der formal-operationalen Phase könnten Kinder die suggestive Wirkung und die Intention von Werbebotschaften analytisch von Sachinformationen unterscheiden.⁴²⁸

Neben den bereits erwähnten Erklärungsansätzen werden bei der Ätiologie ernährungsbedingter Gesundheitsstörungen weitere Ursachen diskutiert. Neben den bereits erwähnten, genetischen Dispositionen sind für Klotter (2007) u.a. die folgenden Faktoren relevant:

- lerntheoretische Zusammenhänge (Ernährungsgewohnheiten werden in der Familie „erlernt“, z.B. im Sinne des Modelllernens),
- psychoanalytische Begründungen (Ernährung als orale Triebbefriedigung),
- systemische Ansätze (Essstörungen als Ausdruck ungelöster familiärer Konflikte),

⁴²⁴ Diese Essstörungen sind ihrerseits eine Sammel-Bezeichnung für mehrere, individuell variierende Störungsmuster. Außer diesen vier Formen gibt es noch eine Vielzahl atypischer Essstörungen; vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Essstörungen, S.29.

⁴²⁵ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Essstörungen, S.3.

⁴²⁶ Ahrens (u.a.): IDEFICS – Ursachen und Prävention ernährungs- und lebensstilbedingter Erkrankungen im Kindesalter. In: Ernährung – Wissenschaft und Praxis, Heft 1/2007, S. 314-321.

⁴²⁷ vgl. Hebestreit/Ahrens: Relationship between dietary behaviours and obesity in European children. In: International Journal of Pediatric Obesity, Nr. 1/2010, Pp. 45-47.

⁴²⁸ vgl. Reisch/Gwozdz: Einfluss des Konsumverhaltens auf die Entwicklung von Übergewicht bei Kindern. In: Bundesgesundheitsblatt, Heft 53/2010, S. 725-732.

- gesellschaftlich-kulturelle Ursachen (Essstörungen als eine „Mode“-Erkrankung).⁴²⁹

Einige dieser Erklärungsansätze werden weiter unten ausführlich diskutiert. Es ist davon auszugehen, dass verschiedene Faktoren bei der Entstehung einer Essstörung miteinander interagieren und individuell spezifisch wirken. Monokausale Annahmen, die ausschließlich in der genetischen Anlage, in dem praktizierten Lebensstil oder in den sozialen Umwelteinflüssen die Ursache von Übergewicht und Adipositas sehen, werden heutzutage nicht mehr vertreten.⁴³⁰

5.3.2.1 Prävalenzen für Essstörungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Im Folgenden werden die vier häufigsten ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen mit ihrer Symptomatik, ihrer Diagnostik und den ermittelten Prävalenzen für das Kindes- und Jugendalter vorgestellt.

Übergewicht/Adipositas

Übergewicht und Adipositas werden über das Verhältnis von Körperfett zu Körpergröße bestimmt. Bei Frauen sollte der Fettanteil am Körpergewebe zwischen 20% und 27% umfassen, bei Männern sollte er zwischen 15% und 22% liegen.⁴³¹

Erfasst werden Übergewicht und Adipositas anhand des Body Mass Index (BMI)⁴³², der sich gegenüber aufwändigeren Methoden zu einer präziseren Bestimmung des Körperfettanteils (etwa über die Hautfaltendicke) auf Grund der unproblematischen Datenerhebung und seiner hohen Korrelation mit dem Körperfettanteil etabliert hat. Allerdings liefert der BMI nur einen Hinweis auf eine mögliche ernährungsbedingte Gesundheitsgefährdung, eine direkte Kausalität von ihm abzuleiten ist nicht legitim, da zum einen auch Muskelgewebe (etwa bei Sportlern) zu einem hohen BMI-Wert beitragen kann⁴³³, und zum anderen auch die Verteilung des Körperfetts am Körper (z.B. geht eine abdominale Fettverteilung mit einer höheren Gesundheitsgefährdung einher) zu berücksichtigen ist.⁴³⁴ Die für das Erwachsenenalter empfohlenen Grenzwerte zur Definition von Übergewicht (BMI > 25) und Adipositas (BMI > 30) können für das Kindes- und Jugendalter nicht übernommen werden, da Wachstumsprozesse zu alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten führen, die es zu berücksichtigen gilt. Die Beurteilung im Kindes- und Jugendalter erfolgt daher in Deutschland⁴³⁵ über die Referenzdaten von Kromeyer-Hausschild (u.a.).⁴³⁶

⁴²⁹ vgl. Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 43-147.

⁴³⁰ vgl. „ebd.“, S. 111.

⁴³¹ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 276.

⁴³² Body-Mass-Index = (kg / m²)

⁴³³ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 276.

⁴³⁴ vgl. Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 102.

⁴³⁵ International, etwa von der IOTF, werden andere Cut off-Werte verwendet; vgl. Cole/Bellizi/Flegal/Dietz: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. In: British Medical Journal, Nr. 320/2000, Pp. 1240-1243.

⁴³⁶ Kromeyer-Hauschild/Wabitsch (u.a.): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 149 (2001), S. 807-818.

Die über den BMI erfassten Anteile übergewichtiger und adipöser Kinder betrugen in der KiGGS-Studie in der Altersklasse der 3- bis 6-Jährigen 6,2% (übergewichtig) und weitere 2,9% (adipös), in der Gruppe der 7- bis 10-Jährigen waren 9% der Kinder übergewichtig, weitere 6,4% adipös. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas wurde bei KiGGS für Kinder mit sozio-ökonomisch niedriger Herkunft, für Kinder mit Migrationshintergrund und für Kinder deren Mütter ebenfalls übergewichtig sind festgestellt.⁴³⁷

An mit Übergewicht und Adipositas assoziierten, im Erwachsenenalter auftretenden Gesundheitsstörungen sind zu nennen: Diabetes mellitus (Typ II), Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Gallenblasenerkrankungen, Krebserkrankungen und orthopädische Komplikationen. Die Kombination aus Übergewicht, Bluthochdruck, Fett- und Glukosestoffwechselstörung (Insulinresistenz) wird als „*Metabolisches Syndrom*“ bezeichnet und gilt als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall.⁴³⁸

Diese häufig erst im höheren Lebensalter auftretenden Spätfolgen ungesunder Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten wirken sich zwar im Kindes- und Jugendalter noch kaum aus, allerdings ist zu bedenken, dass die im Jugendalter gebildeten Lebensstile im Erwachsenenalter häufig beibehalten werden (so genanntes „*Tracking*“).⁴³⁹ An unmittelbaren Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas dürfte hingegen im Kindesalter vor allem die psychosoziale Belastung relevant sein. Das körperliche Erscheinungsbild, eine damit häufig einhergehende, geringere motorische Leistungsfähigkeit können zu einem negativen Selbstbild und einem niedrigem Selbstwertgefühl beitragen. Dabei kommt es „[...] *nicht selten zu sozialer Ausgrenzung, aber auch zu Rückzugsverhalten und selbst gewählter Isolation Betroffener aufgrund vermeintlicher Ablehnung durch andere.*“⁴⁴⁰

Weiterhin ist nicht unproblematisch, dass die Selbstbehandlung von Übergewicht/Adipositas, z.B. durch Diäten, ihrerseits die Entstehung der im Folgenden aufgeführten Essstörungen begünstigen kann.⁴⁴¹

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa, oder umgangssprachlich „*Magersucht*“, ist durch einen bewusst und systematisch herbeigeführten Gewichtsverlust von mindestens 15% des für das Alter und die Körpergröße zu erwartende Normalgewichts charakterisiert. Die Prävalenz liegt bei 0,5%-1% der Bevölkerung, betroffen sind zu 95% Frauen, mit einem Altersgipfel zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr. Das zentrale Motiv ist der Wunsch nach Schlankheit und eine völlige Kontrolle über den eigenen Körper.⁴⁴²

⁴³⁷ vgl. Kurth/Schaffrath Rosario: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 736-743.

⁴³⁸ vgl. Icks/Rathmann: Prävention von Diabetes und Adipositas. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 169ff.

⁴³⁹ vgl. Schmidt: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, S. 94ff.

⁴⁴⁰ Dordel/Kleine: Motorische Leistungsfähigkeit und Gesundheit / Gesundheitsverhalten übergewichtiger und adipöser Schulkinder. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 111.

⁴⁴¹ vgl. Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 21; 103.

⁴⁴² vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Essstörungen, S.8ff.

Anorexia nervosa gilt als Krankheit der westlichen Industrienationen, unter der besonders Frauen aus den oberen sozialen Schichten leiden.⁴⁴³

Mager-Sucht lässt sich - ähnlich wie andere Suchtverhaltensweisen - als ein unzureichendes Problemlösungsverhalten deuten: *„Anstatt Konflikte anzugehen, würden diese mit Hilfe der Anorexia nervosa, die als Problem die anderen schweren Konflikte überdeckt, geleugnet. Eine weitere Fehllösung bestehe darin, die Schlankheit als Lösung aller Probleme zu betrachten. Aber da die Magersüchtige nicht wahrnehme, wie schlank sie ist, ist die Erlösung in weite Ferne gerückt.“*⁴⁴⁴

Bulimia nervosa

Die im Alltag häufig mit „Bulimie“ abgekürzte Essstörung ist ebenfalls mit einem rigiden Schlankheitsideal und einer Angst vor Gewichtszunahme verbunden, wobei Heißhunger-Attacken mit anschließenden gewichtsregulierenden Maßnahmen, wie Erbrechen, für eine Bulimie kennzeichnend sind. Die Prävalenz liegt bei 2-4%, wie bei Magersucht sind bis zu 95% Frauen (zumeist zwischen 20 und 30 Jahren) betroffen. Die Bulimia nervosa kann sich aus einer vorhergehenden Anorexia nervosa entwickeln, wobei dann der Wunsch nach der umfassenden Kontrolle des Körpergewichts mit zeitweisem Kontrollverlust einhergeht.⁴⁴⁵

Nach Klotter (2007) ist Bulimie eine für die derzeitige Gesellschaft charakteristische Erkrankung, er bezeichnet sie als einen „Kommentar“ zu dem seit den 1960er Jahren dominanten Schlankheitsideal. Sie beinhaltet seiner Ansicht nach *„[...] eine Zeitdiagnose über die Radikalisierung der Selbstkontrolle und deren Scheitern, über die heutige unabdingbare Verpflichtung, zumindest nach außen hin kontrolliert zu sein und das notwendige Verlagern des Kontrollverlusts hinter die Kulissen.“*⁴⁴⁶

Es ist zumindest darüber nachzudenken, inwieweit die Grundschule, in der die Kinder Selbstbeherrschung und Affektkontrolle als Teil der Schüler-Rolle erlernen, ihrerseits eine für die Entstehung von Bulimia nervosa relevante Sozialisationsstruktur darstellt. Neben solchen Erwartungen an die Schüler-Rolle werden in den Sozialisationsräumen auch geschlechtsspezifische Rollenerwartungen erfahren, welche - angesichts der großen Geschlechterdifferenz bei den Essstörungen - ebenfalls hinsichtlich ihrer pathologischen Konsequenzen kritisch zu hinterfragen sind. So stellt Klotter die Frage, *„[...] ob Mädchen und junge Frauen heute ihre psychischen Probleme und ihre spezifischen sozialen Lebenslagen über den Auslöser Schlankheitsideal in der Bulimia nervosa ausdrücken und zugleich verbergen. Ohne diesen Auslöser Schlankheitsideal bedürften sie eventuell anderer Symptome.“*⁴⁴⁷

Die Entstehung von Bulimie wird auf drei Hauptursachengruppen zurückgeführt:

- kulturelle Einflüsse, wie etwa das dominierende Schönheitsideal;
- familiäre Faktoren;

⁴⁴³ vgl. Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 140.

⁴⁴⁴ „ebd.“, S. 142.

⁴⁴⁵ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Essstörungen, S.8ff.

⁴⁴⁶ vgl. Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S.125.

⁴⁴⁷ „ebd.“, S. 129.

- sexueller Missbrauch.⁴⁴⁸

Binge Eating Disorder (BED)

Bei einer Binge Eating Disorder kommt es vergleichbar mit einer Bulimie zu plötzlichen Heißhungerattacken und Essanfällen, allerdings bleibt die anschließende Kompensation (etwa durch Erbrechen) aus. Anders als Personen mit Bulimie haben Binge-Eater daher häufig erhebliches Übergewicht, sodass unklar bleibt, ob die Symptome eher einen Sonderfall von Bulimie oder von Übergewicht/Adipositas darstellen, oder ob sie eine eigene Essstörung beschreiben. Unter dem nicht-übergewichtigen und dem nicht-bulimischen Anteil der Bevölkerung wird die Verbreitung von BED auf etwa 2% geschätzt, der Anteil der Männern unter den Betroffenen liegt mit etwa einem Drittel höher als bei Magersucht und Bulimie. Der Beginn dieser Essstörung liegt in der Regel um das 20. Lebensjahr.⁴⁴⁹

Die Hauptphasen für das Auftreten der drei Essstörungen Magersucht, Bulimie und Binge Eating Disorder liegen zwar erst mehrere Jahre nach dem Grundschulalter, dennoch beschäftigen sich bereits in dieser Altersklasse viele Kinder mit einem Schlankheitsideal und versuchen dieses über gezieltes Essverhalten zu erfüllen:

„Bereits im Alter von sechs bis sieben Jahren wollen vor allem Mädchen dünner sein als sie sind. Eine zunehmende Beschäftigung mit Gewicht, Figur und Schlanksein wird in der Altersgruppe der Sieben- bis Neun-Jährigen beobachtet. Mehr als ein Drittel der Kinder zwischen sieben und dreizehn Jahren hat schon einmal einen Diätversuch unternommen.“⁴⁵⁰

In der KiGGS-Studie zeigten etwa 20% der befragten 11-Jährigen (SCOFF-Fragebogen) Symptome einer Essstörung. In dieser Altersklasse weichen die Antworten von Jungen und Mädchen noch nicht voneinander ab, mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz bei Mädchen an.⁴⁵¹

5.3.2.2 Ergebnisse zum Ernährungswissen und -verhalten von Grundschulkindern aus dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Die Evaluationsstudie zum Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ (2002-2006) hatte die Untersuchung des Erfolges eines ganzheitlichen, umfassenden und langfristig angelegten Konzeptes zur Gesundheits- und Sicherheitserziehung in der Grundschule von der ersten bis zur vierten Klasse zum Ziel. Mit jährlichen Erhebungen (Motorik-Test, Kinderbefragung, Elternfragebogen) wurde die Wirksamkeit der Unterrichtseinheiten außerschulischer Institutionen (Polizei, Feuerwehr, gesetzliche Krankenkasse, regionales Energieversorgungsunternehmen, regionaler Anbieter im Öffentlichen Personennahverkehr) in zwei Versuchsklassen gegenüber einer aus acht Schulklassen bestehenden Kontrollgruppe erfasst. Die Stichprobengröße umfasste in

⁴⁴⁸ „ebd.“, S. 130.

⁴⁴⁹ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Essstörungen, S. 29f.

⁴⁵⁰ „ebd.“, S. 34.

⁴⁵¹ Jüngere Jahrgänge wurden mit der KiGGS-Studie nicht befragt. Vgl. Hölling/Schlack: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), S 796.

allen zehn Schulklassen zum Einschulungszeitpunkt 210 Kinder, davon 46 aus der Versuchsgruppe. Bei den fünf Elternbefragungen füllten zwischen 118 (Ende des 3. Schuljahres) und 176 (Anfang des 1. Schuljahres) Eltern den jeweiligen Fragebogen aus. Eine Übersicht über die Stichprobe liefert Tabelle 9.3. Im Weiteren werden ausgewählte Ergebnisse aus der Kinder- und der Elternbefragung vorgestellt. Der Abschlussbericht mit weiteren Daten zum Projekt und den Evaluationsergebnissen zu den Interventionsmaßnahmen befindet sich in Kapitel 9.

Daten zu Übergewicht/Adipositas der Kinder aus dem Projekt wurden mit dem Motorik-Test erhoben und sind mit der psychomotorischen Leistungsfähigkeit der Kinder in Beziehung gestellt worden. Die Ergebnisse finden sich in Kapitel 5.3.1.2.2.

Bei den Fragen, mit denen das Ernährungswissen der Grundschüler erfasst wurde, zeigte sich, dass die Mehrheit der Kinder (89%) im 1. Schuljahr die abgefragten, verschiedenen Obstsorten richtig benennen konnte (höchster Bekanntheitsgrad bei der „Birne“ mit 92%, der niedrigste bei der „Ananas“ bei immerhin noch 68%). Die Unterscheidung von gesunden und ungesunden Lebensmittel gelang den Kindern im 1. Schuljahr ebenfalls weitgehend problemlos (95% richtige Antworten). Ähnlich hohe Kenntnisse zeigten die Kinder am Ende des 2. Schuljahres bei Fragen zum Thema „Vitamine“. Etwa $\frac{3}{4}$ der Schüler (78%, siehe auch Kapitel 9.5.3.2.3) konnten vitaminreiche Lebensmittel benennen, der Anteil war in der zusätzlich beschulten Versuchsgruppe (84%) erwartungsgemäß höher, doch auch in der Kontrollgruppe gelang dies immerhin zwei von drei Kindern.

Sowohl zu Beginn wie auch am Ende des 1. Schuljahres gaben die Schüler mit nicht-deutscher Muttersprache signifikant mehr falsche Antworten bei der Benennung von gesunden Lebensmitteln und bei der Unterscheidung von gesunden und ungesunden Speisen als die Kinder mit deutscher Muttersprache.⁴⁵² Besonders auffällig waren die sehr niedrigen Werte (jeweils ca. 70% der erreichbaren Punkte) bei den türkischen Schülern. Inwieweit von diesen Unterschieden im Ernährungswissen auch auf verschiedene Ernährungsgewohnheiten geschlossen werden darf, lässt sich nicht endgültig beantworten. In der KiGGS-Studie⁴⁵³ ließen sich unterschiedliche Verzehrsgewohnheiten bei Migranten und Nicht-Migranten beobachten, und Klotter verweist auf die zivilisations- und identitätsstiftende Funktion von Ernährung: „[...] diejenigen Menschen, die sich auf eine bestimmte Weise ernähren, fühlen sich so einer bestimmten Kultur zugehörig.“⁴⁵⁴ Es ist durchaus denkbar, dass diese Funktion in der Migration nochmals an Bedeutung gewinnt, etwa wenn das Einhalten von traditionellen, kulturellen Ernährungsgewohnheiten das Bewahren von Identität und Gemeinsamkeit (unter den Migranten) in der Fremde versprechen.

Süßigkeiten oder als eher ungesund anzusehende Speisen (z.B. Schokoladen- oder „Nutella“-brötchen) waren zu Beginn des 1. Schuljahres bei 16% der Kinder Bestandteil des Pausenbrotes gewesen. Am Ende des 1. Schuljahres war dieser

⁴⁵² Zu Beginn des 1. Schuljahres: 73% richtige Antworten bei den Kindern mit nicht-deutscher Muttersprache gegenüber 90% bei den Kindern mit deutscher Muttersprache ($T=6,03>3,29$; $\alpha=0,001$). Am Ende des 1. Schuljahres: 80% gegenüber 92% ($T=3,0>2,58$; $\alpha=0,01$).

⁴⁵³ vgl. Mensink/Kleiser/Richter: Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), S. 620ff.

⁴⁵⁴ Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 16.

Anteil auf 10% abgesunken. Es ergaben sich an beiden Erhebungszeitpunkte keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Teilstichproben.

Nach Kolip (u.a) ist nicht nur die Zusammensetzung der Nahrung problematisch, sondern v.a. die unregelmäßige Einnahme von Nährstoffen ist für den Stoffwechsel Heranwachsender schädlich. In einer repräsentativen Befragung ermittelten die Autoren einen Wert von 15% der Schüler, die ohne vorhergehendes Frühstück in die Schule kamen. Davon betroffen waren v.a. die Mädchen, von denen knapp 20% zu Hause nicht frühstückten.⁴⁵⁵ In der „Gut drauf!“-Erhebung war am Ende des 3. Schuljahres der Anteil der Kinder, die zu Hause nicht gefrühstückt hatten, mit 14% in etwa vergleichbar groß, 8% kamen ohne ein „Pausenbrot“ in die Schule, ein Kind (von 124) gab an, weder zu Hause noch in der Schule zu frühstücken.⁴⁵⁶

Mit den Elternfragebögen zu Beginn und am Ende des 1. Schuljahres wurden den Eltern verschiedene Aussagen zu Ernährungsgewohnheiten und -vorstellungen vorgelegt. Die Fragen waren dem Allensbacher-Jahrbuch für Demoskopie⁴⁵⁷ entnommen und wurden teilweise durch weitere Items ergänzt. Die mit Allensbacher-Erhebung ermittelten Daten wurden in den Abbildungen 5.13 und 5.14 denen der eigenen Befragung gegenübergestellt.

Mit Blick auf die in Abbildung 5.13 dargestellten Antworten fällt auf, dass einige der aus ernährungspsychologischer Perspektive eher ungünstigen Aussagen von einem nicht geringen Teil der Stichprobe Zustimmung erhielten: So sagte immerhin ein Drittel der befragten Eltern, dass die Bedeutung gesunder Ernährung für die Gesundheit überschätzt wird. Dass dem Frühstück eine zentrale Rolle für eine gesunde Ernährung zukommt, wurde zwar von 88% der Eltern anerkannt, - dieser Wert ist damit deutlich höher als in der für die Gesamtbevölkerung repräsentativen Allensbacher Studie (60%) - dennoch verzichtete ein Viertel der Befragten mit Verweis auf morgendlichen Zeitmangel auf ein „ausgiebiges Frühstück“. Dies galt aber anscheinend nur für die Eltern selbst, denn bei ihren Kindern achteten 95% der Eltern darauf, dass ausreichend Zeit für die Mahlzeiten eingeplant wird. Der Anteil von 12% der Eltern, die dem Frühstück keine so große Bedeutung zuschrieben, liegt nahe bei den 14% der Kinder, die ohne Frühstück in die Schule kamen. (Auf Grund unterschiedlicher Erhebungsinstrumente (Eltern- und Kinderbefragung) und -zeiträume (Beginn des 1. Schuljahres, Ende des 3. Schuljahres) konnten die Daten nicht direkt miteinander in Beziehung gesetzt werden.)

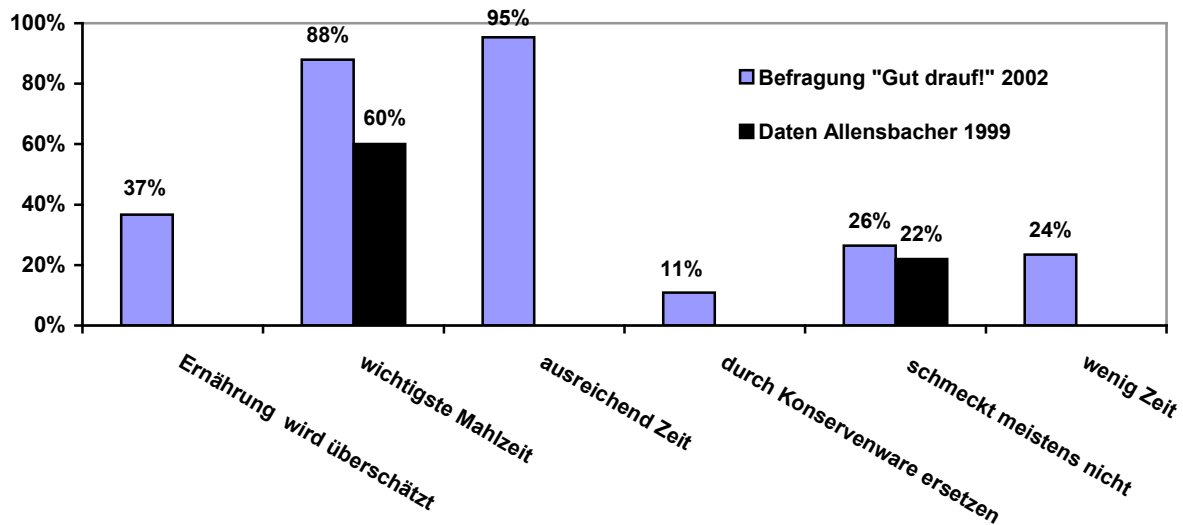
Eines von zehn Elternteilen stimmte der Aussage zu, dass Obst und Gemüse durch Konserven weitgehend ersetzt werden kann. In etwa gleich fiel die Bewertung des Items „*Gesunde Nahrung schmeckt meistens nicht*“ durch die Eltern aus dem Projekt

⁴⁵⁵ vgl. Kolip/Hurrelmann/Schnabel: Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip/Hurrelmann/Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit, S. 13.

⁴⁵⁶ In der internationalen HBSC-Studie lag der Anteil der 11-Jährigen, die nicht frühstückten mit 25% deutlich höher. Der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen wurde dabei nicht festgestellt (vgl. Kapitel 5.1). Eventuell lässt sich die Differenz über das Alter der Kinder erklären: Bei Grundschulkindern achten die Eltern zum einen vermutlich mehr auf die Einnahme des Frühstücks als bei älteren Kindern, zum anderen verzichten ältere Heranwachsende bereits aus gewichtsreduzierenden Motiven auf ein Frühstück, vgl. Schmidt (Hrsg.): Zweiter Kinder- und Jugendsportbericht, S. 117.

⁴⁵⁷ Noelle-Neumann/Köcher (Hrsg.): Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998-2002, S. 234; 280.

und durch die bei der Allensbacher Erhebung befragten Stichprobe aus; jeweils ca. ein Viertel der Befragten stimmte dieser Aussage zu.



Vollständige Items:

- „Der Einfluss der Ernährung für die Gesundheit eines Menschen wird überschätzt.“
- „Das Frühstück ist die wichtigste Mahlzeit des Tages.“
- „Ich achte darauf, dass sich mein Kind immer ausreichend Zeit zum Essen nimmt.“
- „Frisches Obst und Gemüse kann man durch Konservenware weitgehend ersetzen.“
- „Gesunde Nahrung schmeckt meistens nicht.“
- „Morgens ist so wenig Zeit, da verzichte ich lieber auf ein ausgiebiges Frühstück.“

Abbildung 5.13: Einstellungen der Eltern zur Ernährung auf Grundlage der Antworten von 176 Eltern aus den vier Untersuchungsschulen. Zustimmung („trifft zu“, „trifft teilweise zu“) in Prozent. (Quellen: Elternfragebogen zu Beginn des 1. Schuljahres; Noelle-Neumann/Köcher (Hrsg.): Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998 - 2002, S. 280.)⁴⁵⁸

Bei verschiedenen Items kam ein niedrigeres Ernährungsbewusstsein in den Antworten vieler Eltern der Versuchsschule 2 im Vergleich mit den anderen drei Schulen zum Ausdruck. So stimmte nahezu jedes zweite Elternteil dieser Schule der Aussage zu, dass „*der Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit eines Menschen überschätzt*“ wird und „*frisches Obst und Gemüse durch Konservenware weitgehend ersetzt*“ werden kann. Nicht nur in diesen Zuschreibungen, sondern auch im beschriebenen Ernährungsverhalten wichen die Aussagen voneinander ab. So sagten 72% der Eltern der Kontrollschule 1, dass ihr Kind nur sehr selten, bzw. nie Fastfood essen würde, an der Versuchsschule 2 waren dies nur 44% der Eltern (ohne Abbildung 5.13). Insgesamt sagten 2% der Eltern, dass ihr Kind häufig Fastfood zu sich nehmen würde, bei weiteren 22% kam dies zumindest gelegentlich vor. Einen weiteren Hinweis auf ein geringeres Interesse an ernährungsbezogenen Themen bei den Eltern der Versuchsschule 2 war auch, dass die ab dem 2. Schuljahr an den Versuchsschulen angebotenen Kochkurse nur von wenigen Eltern der Grundschule angenommen wurden, dass die Kochabende an dieser Schule ausfallen mussten (vgl. Kapitel 7.5 und Kapitel 9).

⁴⁵⁸ Für die anderen Items liegen keine Vergleichszahlen vor.

Mit einer weiteren Frage wurden die Eltern am Ende des 1. Schuljahres gebeten, zu einigen ernährungsbezogenen Aussagen Stellung zu nehmen (vgl. Abbildung 5.14). Hierbei zeigte sich, dass weder Items, die eine explizit *gesunde*, noch diejenigen, die eine eher *ungesunde* Lebensgestaltung ausdrückten, die höchste Zustimmung erhielten. Die größte Übereinstimmung wurde bei dem Item „*Ich beachte bestimmte Regeln, sehe das aber insgesamt locker*“ geäußert. Dieser Aussage wurde von 62% der Eltern zugestimmt.

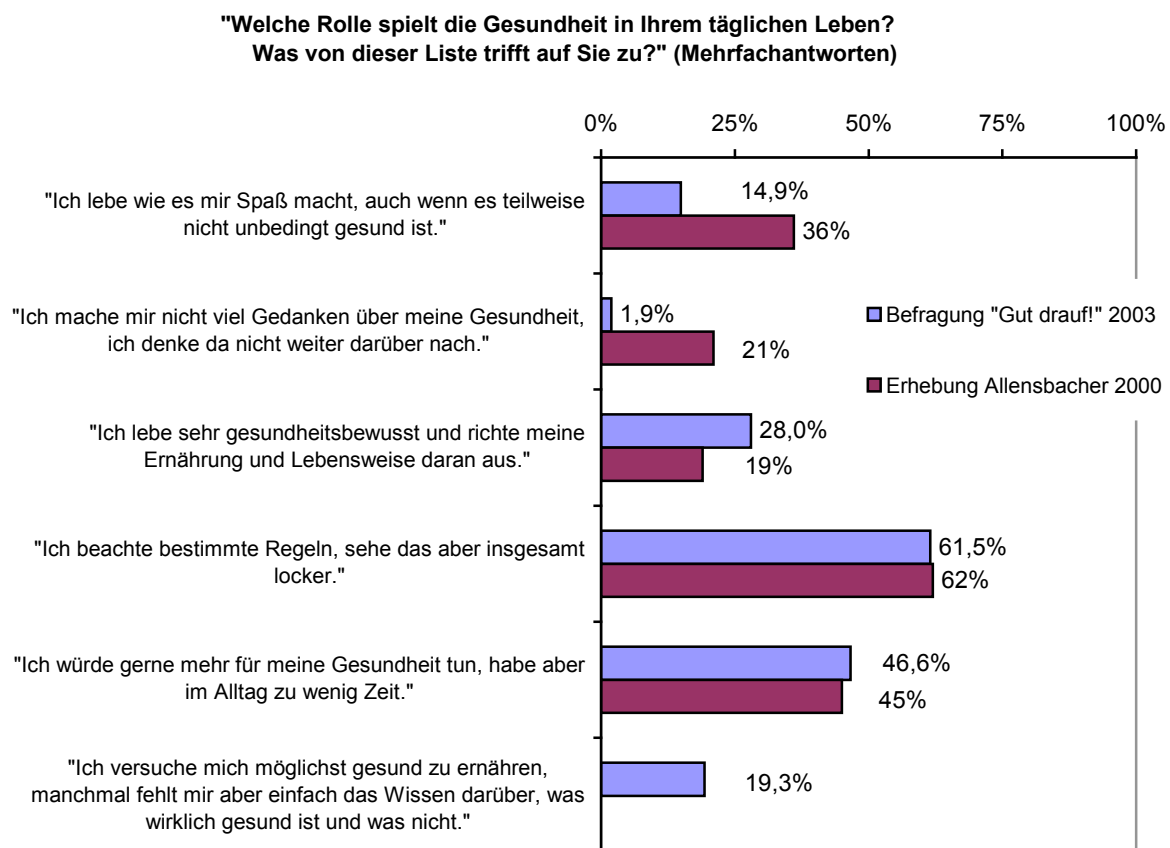


Abbildung 5.14: Ja-Antworten für 161 Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Das Item „Ich versuche mich möglichst gesund zu ernähren,...“ war in der Allensbacher Befragung nicht erhalten. (Quellen: Elternfragebogen Ende des 1. Schuljahres; Noelle-Neumann/Köcher (Hrsg.): Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998 - 2002, S. 234. Daten für die Altersklasse 30-44 Jahre).

Im Vergleich der zu untersuchenden Stichprobe mit den Daten, die das Allensbacher Institut im Jahre 2000 erhoben hatte, zeigte sich eine hohe Übereinstimmung in den Prozentwerten der beiden meist genannten Items. Mit Aussagen wie das „*locker sehen*“ und die „*fehlende Zeit*“ können sich ca. die Hälfte bzw. zwei Drittel der Befragten identifizieren. Bei den anderen Aussagen dokumentierten die Eltern der untersuchten Grundschulen dagegen ein höheres Gesundheitsbewusstsein als es in der Allensbacher-Umfrage zum Ausdruck gebracht wurde. Dies könnte daran liegen, dass sich die (zumeist jungen) Eltern, der befragten Stichprobe mit Gesundheits- und Ernährungsfragen stärker auseinandersetzen und in dieser Hinsicht ein anderes

Bewusstsein entwickelt haben, als die der Allensbacher-Befragung zu Grunde liegenden Stichprobe, die auf einem breiten gesellschaftlichen Querschnitt basiert.

Die höchsten (in diesem Fall negativen) Korrelationen (Pearson) bestanden zwischen den Aussagen „*Ich lebe sehr gesundheitsbewusst [...]*“ und „*[...] das sehe ich locker [...]*“ (-0,47) sowie zu den Items „*[...] habe dafür aber im Alltag zu wenig Zeit*“ (-0,28) und „*[...] manchmal fehlt mir aber einfach das Wissen darüber, was wirklich gesund ist und was nicht*“ (-0,23). Dies deutet einerseits daraufhin, dass diejenigen Eltern, die sich für eine gesunde Ernährungsweise entscheiden, dafür die entsprechende Zeit einplanen und sich das notwendige Wissen aneignen. Auf der anderen Seite sind Zeit und Wissen zentrale Ressourcen für eine gesunde Lebensführung, zu deren Bereitstellung wiederum gewisse Kompetenzen erforderlich sind.

Am Ende des 2. Schuljahres wurden die Eltern nach Ernährungsgewohnheiten befragt. Hierbei zeigte sich, dass die Aussage, die mit den Ernährungsempfehlungen der DGE übereinstimmen (siehe Fußnote 418), die größte Zustimmung erhielten, während Aussagen, die auf eine eher ungesunde Ernährungspraxis hinweisen, weitgehend abgelehnt wurden (vgl. Abbildung 5.15).

Bei der Ernährung meines Kindes/meiner Kinder achte ich...?

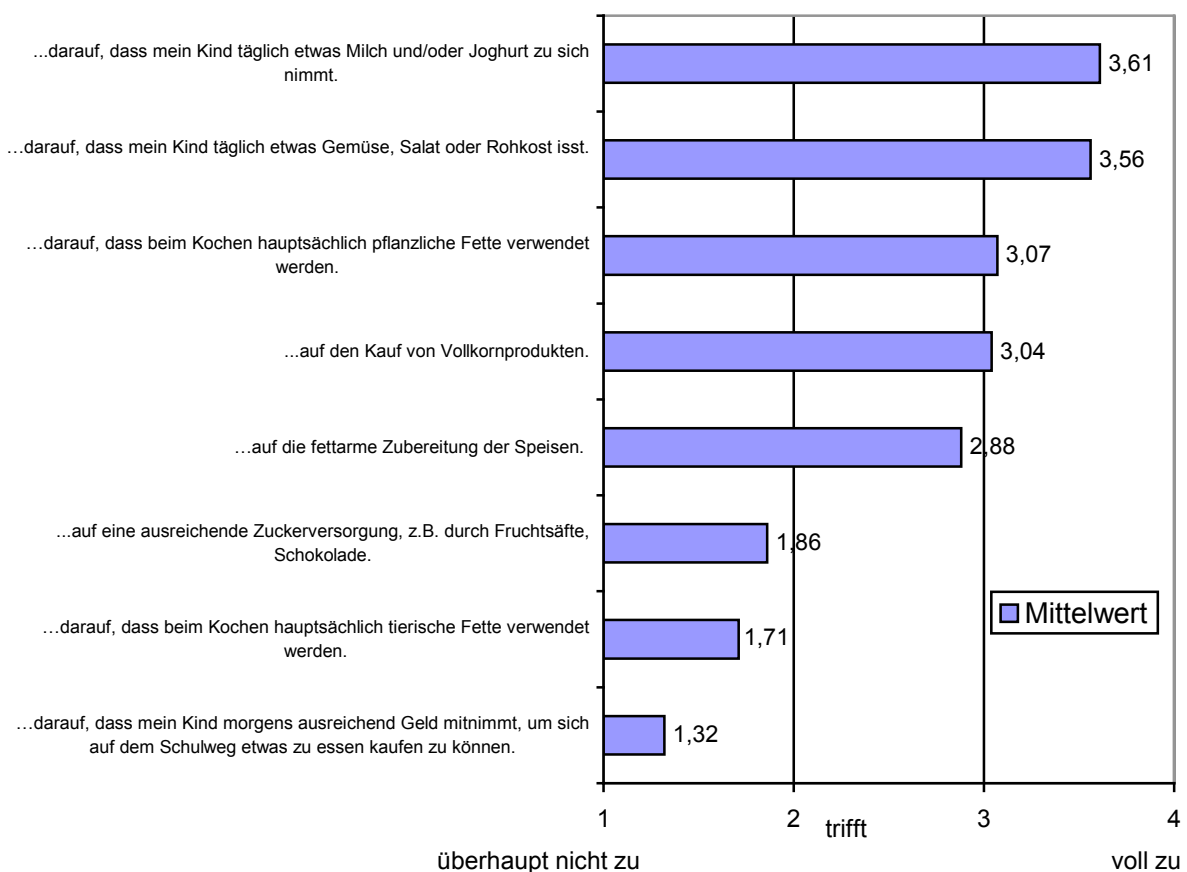


Abbildung 5.15: Angaben (Mittelwerte) zum Ernährungsverhalten von 133 Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 2. Schuljahres.

Elf Eltern (8%) stimmten zu, als sie gefragt wurden, ob sie ihrem Kind Geld mitgeben würden, damit es sich auf dem Schulweg etwas zu essen kaufen kann. Auch die beiden im Ranking darüber platzierten Items sind aus ernährungsphysiologischer Sicht eher ungünstig und wurden von der Mehrzahl der Eltern abgelehnt. Etwa 10% der Eltern gaben an, tierische gegenüber pflanzlichen Fetten zu bevorzugen. Die gewählte Formulierung „*ausreichende Zuckerversorgung*“ war für die Auswertung nicht ganz unproblematisch, das Adjektiv „*ausreichend*“ sollte v.a. der tendenziell *ungesunden* Ausrichtung des Items entgegenwirken. Dieser Aussage wurde von 5% der Eltern „*voll*“ und von weiteren 15% zumindest „*eher*“ zugestimmt.

5.3.2.3 Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion

Die bei der Kinderbefragung erhobenen Daten weisen auf vorhandenes Ernährungswissen bereits bei Kindern im Anfangsunterricht hin: Die Namen von gesunden Lebensmitteln, die Unterscheidung von gesunden und ungesunden Speisen, die Funktion von Vitaminen - alles das gelang der Mehrheit der Kinder auch ohne den zusätzlichen Unterricht des Interventionsprojekts. Inwieweit aus den häufigeren Falschantworten bei den Schülern mit Migrationshintergrund darauf geschlossen werden kann, dass gesunde Lebensmittel seltener zum Ernährungsalltag dieser Kinder gehören, oder ob diese Fehler weitgehend auf sprachliche Defizite zurückzuführen sind, lässt sich nicht endgültig klären. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie weisen zwar auf unterschiedliche Verzehrgewohnheiten von Migranten und Nicht-Migranten hin, diese lassen sich jedoch nicht einseitig als eine gesündere oder ungesündere Ernährung der einen bzw. der anderen Gruppe deuten, vielmehr variieren je nach Kulturkreis unterschiedliche Ernährungsmuster, die gleichermaßen gesunde wie auch ungesunde Speisen beinhalten.⁴⁵⁹

Prägnanter sind die Hinweise, die auf unterschiedliche Ernährungsvorstellungen in den sozialen Milieus hindeuten: Bei den Eltern der Versuchsschule 2 (bei der Projektkonzeption als Schule mit sozio-ökonomisch schwachem Einzugsgebiet ausgewählt) kam in den Antworten zum Ernährungsverhalten ein geringeres Ernährungsbewusstsein zum Ausdruck, dies korrespondierte mit der weitgehenden Ablehnung der angebotenen Kochabende und zumindest tendenziell anderen Ernährungsgewohnheiten. So beinhaltet das Schulfrühstück der Kinder der Versuchsschule 2 im 1. Schuljahr seltener (bei 15% der Schüler) Obst oder Rohkost/Gemüse als das der Kinder anderer Schulen (23%). Hinzu kommen die in Tabelle 5.9 dargestellten Ergebnisse zum Freizeit- und Bewegungsverhalten, die geringere körperlich-sportliche Aktivitäten und einen höheren Medienkonsum sowohl von Eltern wie auch von Kindern der Versuchsschule 2 belegten. Hiermit bestätigen sich für die vorliegende Stichprobe zumindest teilweise die unter 5.3.2.1 festgestellten sozio-ökonomischen Unterschiede bei den Prävalenzen ernährungsbedingter Erkrankungen auf der Ebene der Einstellungen und im Ernährungsverhalten.

Generell brachten die Eltern der „Gut drauf!“-Stichprobe allerdings mehrheitlich - im Vergleich zu den repräsentativen Aussagen der Allensbacher-Stichprobe - ein eher

⁴⁵⁹ vgl. Mensink/Kleiser/Richter: Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), S. 620f.

hohes Ernährungsbewusstsein zum Ausdruck. Dies lässt sich eventuell mit dem Alter der Kinder erklären: Vermutlich achten die Eltern von jungen Kindern noch bewusster auf deren Ernährung und Ernährungsgewohnheiten. Einen Hinweis darauf liefert die KiGGS-Studie, nach deren Ergebnissen, sich das Ernährungsverhalten der Kinder mit zunehmendem Alter verschlechtert.⁴⁶⁰

Hinsichtlich der Anteile an Kindern mit Übergewicht und Adipositas der im vierjährigen Projektzeitraum erhobenen Daten lagen im einem Bereich von 10,6% und 16,4% (vgl. Kapitel 5.3.1.2.2) und entsprachen den für diese Altersklasse gültigen Zahlen (vgl. 5.3.2.1). Auch bei den Angaben zum Frühstücksverhalten zeigten sich keine größeren Unterschiede zu den Zahlen anderer Erhebungen.

5.3.2.4 Ernährungs-Erziehung in der Grundschule

Die vielschichtige Ätiologie ernährungsbedingter Gesundheitsstörungen (s.o.), bei der zahlreiche Faktoren miteinander interagieren, erfordert eine ebenso vielschichtige und frühzeitig einsetzende Intervention. Mittlerweile wird zunehmend mehr der Elementarbereich als Zeitpunkt angesehen, um „[...] *das Fundament für ein gesundes Essverhalten zu legen.*“⁴⁶¹ In der Grundschule gilt es dann, auf diesem Fundament verschiedene gesundheitsfördernde Maßnahmen aufzubauen. Allerdings sind die Präventionserfolge teilweise noch auf Wissensvermittlung und ernährungsbezogene Verhaltensveränderungen begrenzt, Auswirkungen auf das Körpergewicht und die Prävalenz von Übergewicht lassen sich nur begrenzt nachweisen.⁴⁶² Diese Erkenntnisse sind auch als Hinweise auf die Grenzen schulischer Ernährungserziehung zu sehen: *„Die Schule kann mangelnde Versorgung in der Familie und Fehlernährung nicht verhindern oder kompensieren, aber sie kann z.B. durch ein gemeinsames Schulfrühstück o.a. teilweise die Lernfähigkeit der Schülerinnen und Schüler verbessern und neue Erlebnisräume in Bezug auf Ernährung schaffen.“*⁴⁶³

Die Ernährungs-Erziehung in der Grundschule soll nach Empfehlung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) in einem integrativen, gesundheitsfördernden Ansatz (auch als „*public health nutrition*“ bezeichnet)⁴⁶⁴ Inhalte der Bewegungsförderung, der Stressregulation und der Ernährungsaufklärung berücksichtigen. Ein zentrale Forderung ist dabei, dass die theoretischen Inhalte im Setting „Schule“ auch unmittelbar und konsistent umgesetzt werden, etwa in einem Schul-Kiosk, der nur gesunde Speisen anbietet, die gemeinsame Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten in entspannter Atmosphäre, kombiniert mit Maßnahmen einer „*Bewegten Schule*“ (vgl. Kapitel 5.3.1.4). Wichtig ist zudem, dass die mit den Kindern erarbeiteten Inhalte aus der Schule hinaus im Elternhaus fortgeführt werden, was eine intensive Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus einfordert.⁴⁶⁵

⁴⁶⁰ „ebd.“

⁴⁶¹ Vögele/Ellrott: Ernährung, Über- und Untergewicht. In: Lohaus/Jerusalem/Klein Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 188.

⁴⁶² vgl. Schmidt: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendportbericht, S. 112.

⁴⁶³ Vorpahl (u.a.): Essgewohnheiten, S. 6.

⁴⁶⁴ vgl. Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 230ff.

⁴⁶⁵ vgl. BzgA (Hrsg.): Unterrichtsmaterial zur Ernährungserziehung in der Grundschule, S.9.

Das Ernährungsverhalten ist ein gutes Beispiel für die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln im Gesundheitsverhalten. Es ist keinesfalls so, dass ernährungsbewusste Eltern auch unbedingt gesunde Lebensmittel für ihre Kinder wählen. Das Wissen um eine gesundheitsfördernde bzw. -schädliche Wirkung bestimmter Ernährungsgewohnheiten ist zwar eine notwendige, allerdings keine hinreichende Bedingung für ein gesundes Ernährungsverhalten.⁴⁶⁶ Auch für den Gesundheitspsychologen Schwarzer ist Wissen nur eine „*Eingangsvoraussetzung für eine dauerhafte Verhaltensänderung*“, wesentlich wichtiger als das Wissen um mögliche Auswirkungen auf die spätere Gesundheit sind gerade bei jungen Menschen die soziale Anerkennung und das unmittelbare Wohlbefinden.⁴⁶⁷

Verschiedene ernährungsbezogene Programme (u.a. FITOC, Obeldicks, young and healthy, Powerkids, Moby Dick)⁴⁶⁸ versuchen Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter über ein kombiniertes Programm aus Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und Verhaltenstherapie zu reduzieren. Programme, die neben den ernährungs- und bewegungsbezogenen Bestandteilen verhaltenstherapeutische Maßnahmen enthielten, erwiesen sich gegenüber Programmen, die auf diese Techniken verzichteten, überlegen. Die verhaltenstherapeutischen Elemente der Gewichtsreduktion beinhalten:

- Informationsvermittlung,
- Selbstbeobachtung und Verhaltensprotokolle,
- Selbstbewertung,
- Kontrolle der Stimulusbedingungen,
- Verhaltensübungen und Verhaltensformung,
- Kontrakte und Verhaltensverträge,
- Verstärkungstechniken,
- Selbstinstruktionen und Veränderung ungünstiger Kognitionen,
- Stressimpfungstraining und Problemlösetechniken,
- Strategien zur Rückfallprophylaxe.⁴⁶⁹

Programme, die sich der Prävention von Essstörungen widmen, beinhalten:

- Erscheinungsformen und Risiken von Essstörungen,
- gesunde Ernährung und angemessenes Essverhalten,
- Problematisierung von Schönheitsidealen in den Medien,
- Thematisierung von negativen Selbstbildern und Körperbildern,
- Vermittlung von „Life-Skills“, Stressbewältigungsstrategien, Kompetenz-Trainings.⁴⁷⁰

Zumindest einige Bestandteile dieser Programme lassen sich in den Grundschulunterricht übernehmen, sei es, dass sie in den *normalen* Schulalltag

⁴⁶⁶ vgl. Vögele/Ellrott: Ernährung, Über- und Untergewicht. In: Lohaus/Jerusalem/Klein Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 189.

⁴⁶⁷ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 293ff.

⁴⁶⁸ Eine Übersicht über diese und weitere Programme findet sich bei Vögele/Ellrott: Ernährung, Über- und Untergewicht. In: Lohaus/Jerusalem/Klein Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 195f.

⁴⁶⁹ vgl. Warschburger: Ernährung und Gewichtskontrolle. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 208.

⁴⁷⁰ vgl. „ebd.“, S. 209.

integriert werden, oder sei es, dass projektartig interveniert wird. Ein Beispiel für eine solche ganzheitlich-ausgerichtete, projektgebundene schulische Intervention stellt etwa das Programm „Klasse2000“ dar, das in Kapitel 8.1 ausführlich dargestellt wird. Ansonsten existieren zur Ernährungserziehung umfangreiche Materialien, in denen Theorie (z.B. über Nährstoffgruppen oder Vitamine), Verhaltensempfehlungen (z.B. über die Ernährungspyramide) und praktische Kompetenzen (z.B. gemeinsames Kochen) methodisch-didaktisch aufbereitet sind. Eine Übersicht dazu bietet das Informationsportal zur Ernährungserziehung in der Grundschule von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.⁴⁷¹

5.3.3 Kinderunfälle

Obwohl die Unfallmortalität (einschließlich der Straßenverkehrsunfälle) von Kindern unter 15 Jahren in Deutschland in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen ist, stellen Unfälle weiterhin die häufigste Todesursache von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (wie auch in ganz Europa) dar.⁴⁷² Im Schulalter sind Verletzungen zudem der häufigste Einweisungsgrund in ein Krankenhaus.⁴⁷³ Insgesamt ist etwa ein Drittel aller Todesfälle von 1-15-Jährigen die Folge einer Verletzung oder einer Vergiftung, wobei Verkehrsunfälle (etwa 50%) gefolgt von den häuslichen Unfällen (24%) und den Sport- und Spielunfällen (7%) unter den tödlichen Unfällen die Hauptursache darstellen.⁴⁷⁴

Die Autoren des RKI-Schwerpunktberichts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2004) kommen zu dem Schluss, dass ein Großteil der Unfälle auf kindliches Fehlverhalten zurückzuführen ist: *„Kinder missachten oder unterschätzen in ihrem Übermut und Temperament Gefahren und Risiken beim Spielen. Leicht überschätzen sie ihre eigenen Fähigkeiten oder missachten Sicherheitsvorschriften. Weitere Ursachen für Unfälle sind Unkonzentriertheit und Unaufmerksamkeit.“*⁴⁷⁵ Demzufolge ist anzunehmen, dass speziell bei Kinderunfällen weiterhin ein hohes Vermeidungspotenzial besteht und die Unfallzahlen durch entsprechende Präventionsmaßnahmen noch verringert werden könnten. Schriever mutmaßt mit Bezug auf Unfallzahlen aus den USA und Schweden, dass 60% aller Unfälle und 90% aller schweren bis hin zu tödlichen Unfälle vermeidbare Ursachen haben.⁴⁷⁶

Angesichts dieser hohen Unfallbelastung im Kindesalter und des aufgezeigten Präventionspotenzials kommt der Unfallprävention in der Grundschule innerhalb der Gesundheitsförderung eine zentrale Bedeutung zu.

In diesem Kapitel werden zunächst theoretische Erkenntnisse zur Gefahrenkognition und zum Sicherheitsbewusstsein aufgezeigt (5.3.3.1), ehe dann konkrete Unfallzahlen (5.3.3.2) sowie die Verbreitung verschiedener Schutzmaßnahmen zur

⁴⁷¹ www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6/ (13.01.10).

⁴⁷² vgl. Kahl/Dortschy/Ellsäßer: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 718.

⁴⁷³ vgl. Ellsäßer: Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland, S. 5.

⁴⁷⁴ vgl. RKI (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, S. 44f.

⁴⁷⁵ „ebd.“, S. 137.

⁴⁷⁶ vgl. Schriever: Unfälle. In: Stier/Weissenrieder (Hrsg.): Jugendmedizin, S. 321.

Verhinderung von Kinderunfällen, bzw. zur Verminderung der Unfallfolgen (5.3.3.3) berichtet und diskutiert (5.3.3.4) werden. Anschließend werden Maßnahmen und Empfehlungen zur Unfallprävention benannt (5.3.3.5).

5.3.3.1 Entwicklung der Gefahrenkognition und des Sicherheitsbewusstseins

Die Schulung der kindlichen Gefahrenkognition ist im Kontext der Unfallprävention ein wichtiger Baustein der Gesundheitserziehung im Grundschulalter. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass je höher Gefahrenkognition und Sicherheitsbewusstsein entwickelt sind, desto geringer ist die Anfälligkeit für die verschiedenen Unfallrisiken, und desto stärker wird das Verhalten des Kindes am Erhalt der eigenen Unversehrtheit orientiert sein. Während es bei Tieren angeborene Schutzinstinkte gibt, die das Tier vor Gefahren warnen, sind derartige natürliche Programme beim Menschen nur noch rudimentär vorhanden. So kann etwa der Ekel als ein solches Relikt der frühen Menschheitsgeschichte aufgefasst werden, der den Frühmenschen z.B. vor gefährlichen Spinnen oder Schlangen warnen sollte.⁴⁷⁷ In einer zivilisierten und sich schnell verändernden, modernen Gesellschaft sind derartige Instinkte aber weitgehend nutzlos geworden. Im Folgenden wird daher davon ausgegangen, dass die Gefahrenwahrnehmung und -kognition zum Großteil vom Kind erlernt werden muss.

Musahl definiert Gefahrenkognition als „[...] *gedachte, subjektive Gefährlichkeit eines Ereignisses, einer Tätigkeit, eines Zustands [...], bei denen es zu einer Schädigung oder Beeinträchtigung von Personen kommen kann.*“⁴⁷⁸ Die Betonung liegt hier auf der subjektiven Einschätzung, die von der objektiven Gefährlichkeit einer Situation abzugrenzen ist.

*„Unter subjektiver Sicherheit ist in diesem Zusammenhang die erlebte Sicherheit, das situationsbezogene Sicherheitsgefühl zu verstehen, während die objektive Sicherheit auf äußeren Faktoren basiert. Die Verkehrssicherheit ist als gering anzusehen, wenn das subjektive Sicherheitsgefühl größer ist als die objektive Sicherheit.“*⁴⁷⁹

Ob ein gezeigtes Verhalten als situationsangemessen einerseits, oder als risikoreich andererseits zu beurteilen ist, ist daher eine Frage des Verhältnisses von objektiver zu subjektiver Sicherheit. Die Gefahrenwahrnehmung von Grundschulern im Straßenverkehr wird z.B. dadurch stark beeinträchtigt, dass diese den Bremsweg von Kraftfahrzeugen entwicklungsbedingt noch völlig falsch einschätzen.⁴⁸⁰ Auch beim Spielen oder in einer Gruppe neigen Kinder dazu, die Gefahren der Umwelt zu unterschätzen. Teilweise ist die Wahrnehmung dabei durch andere Ereignisse oder Gegenstände abgelenkt, oder sie ist auf innere (gedankliche) Vorgänge gerichtet, teilweise werden die eigenen Fähigkeiten auch überschätzt (vgl. Kapitel 4.3).

⁴⁷⁷ vgl. Holodynski/Oerter: Motivation, Emotion und Handlungsregulation. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 577.

⁴⁷⁸ Musahl: Gefahrenkognition, S. 97.

⁴⁷⁹ Heinze: Kindgerechte Verkehrserziehung, S. 98.

⁴⁸⁰ „ebd.“, S. 120.

Bestimmte Persönlichkeitseigenschaften verstärken diese Effekte: So sind extrovertierte oder hyperaktive Kinder im Straßenverkehr besonders gefährdet, da sie generell aktiver sind. Sie sind zumeist weniger ängstlich und reagieren weniger vorsichtig auf Gefahrensignale oder unübersichtliche Verkehrssituationen. Neben solchen extrovertierten Kindern besitzen v.a. sehr ängstliche und empfindsame Kinder eine höhere Unfallgefährdung, welche allerdings vermutlich weniger auf eine höhere Risikobereitschaft, sondern in erster Linie auf unzureichende Bewältigungskompetenzen in Gefahrensituationen zurückzuführen ist.⁴⁸¹

Eine umfassende Definition von „Gefahr“ erscheint schwierig, wenn man so unterschiedliche Gefahrenmomente betrachtet, wie sie einem Verkehrsunfall, einem Treppensturz, einer heißen Herdplatte, einem Hundebiss oder sogar der Gefahr, von einem Blitz getroffen zu werden, zu Grunde liegen. Als geeignet sehe ich, vor dem Hintergrund der Vielzahl unterschiedlicher Gefahren des Alltags, einen Gefahren-Begriff an, wie er von Musahl skizziert wird, demnach Gefahren überall dort gegeben sind, „[...] wo *Energien (z.B. kinetische Energien, Wärme, chemische, elektrische, magnetische oder Strahlungs-Energien) einzeln oder in Kombination mit anderen frei werden können.*“⁴⁸² Die unkontrollierte Energie des Gewitter-Blitzes und die Temperatur einer heißen Herdplatte scheinen keine weitere Erklärung zu bedürfen, auch bei einem beißenden Hund wird Energie frei, die nicht durch Dressur (oder Maulkorb) kontrolliert wird. Ein Verkehrsunfall lässt sich analog dazu als Verlust über die Kontrolle der Bewegungsenergie des Fahrzeugs beschreiben, beim Sturzunfall ist die Bewegung des eigenen Körpers „außer Kontrolle“ geraten.

„Sicherheit“ lässt sich heuristisch als das Nicht-Vorhandensein von Gefahr, Bedrohung oder Schaden definieren. Gefahr und Sicherheit sind aber als dichotome Begriffe nur wenig sinnvoll beschrieben, sie lassen sich analog zu Antonovskys Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (vgl. Kapitel 2.3) als Spektrum begreifen, wobei mit Zunahme der Gefahr das (Sicherheits-)Risiko ansteigt.⁴⁸³

Studien, die situationsabhängig die Herzfrequenz von Kindern und Erwachsenen gemessen haben, legen die Vermutung nahe, dass Kinder ein geringeres Gefahrenbewusstsein besitzen als Erwachsene. So überprüften Limbourg und Günter die Herzfrequenz von 150 Kindern zwischen dem vierten und neunten Lebensjahr. In einer Testreihe zeigten sie *gefährliche* und *ungefährliche* Verkehrsszenen, wie auch *nicht-verkehrsbezogene* Motive. Lediglich bei den nicht-verkehrsbezogenen Situationen konnte ein Anstieg der Herzfrequenz gemessen werden, die gefährlichen bzw. ungefährlichen Verkehrssituationen riefen dagegen keine unterschiedlichen Reaktionen hervor.⁴⁸⁴

Auf Grund dieser und ähnlicher Beobachtungen entwarf Limbourg ein Stufenmodell des Gefahrenbewusstseins: Auf der ersten Stufe (ab dem fünften Lebensjahr) erkennen die Kinder gefährliche Situationen erst dann, wenn sie bereits akut gefährdet sind. Die Wahrnehmung erfolgt in dieser Phase häufig zu spät, um in einer

⁴⁸¹ vgl. Schlag/Richter: Verkehrsunfälle mit Kindern und Jugendlichen. In: Jerusalem/Lohaus/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 411f.

⁴⁸² vgl. Musahl: Gefahrenkognition, S. 89.

⁴⁸³ vgl. „ebd.“, S. 86.

⁴⁸⁴ vgl. Heinze: Kindgerechte Verkehrserziehung, S. 49.

Unfallsituation noch rechtzeitig reagieren zu können. Auf der zweiten Stufe (mit ca. acht Jahren) ist das Kind in der Lage, Gefahren vorauszusehen und abzuschätzen, durch welches Verhalten es in eine gefährliche Situation geraten könnte. Erst ab neun Jahren (dritte Stufe) weiß das Kind dann auch vorbeugende Verhaltensweisen einzusetzen, um eine Gefährdung bewusst zu minimieren oder sogar ganz zu vermeiden.⁴⁸⁵

Es ist anzunehmen, dass sich das Sicherheitsbewusstsein aus den folgenden Faktoren zusammensetzt:

- aus der Wahrnehmung einer Situation (sensorische Komponente),
- aus dem Wissen um das Gefahrenpotenzial und um die verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung der Gefahrensituation (kognitive Komponente),
- aus der Einstellung, die Gefahr überhaupt vermeiden (und nicht etwa herauszufordern) zu wollen (evaluative Komponente).

Die letzten beiden Punkte lassen sich in das Health-Belief-Modell übertragen (vgl. Kapitel 6.1.1). Die kognitive Komponente entspricht der „Bedrohungs-Beurteilung“ die evaluative Komponenten der Kosten-Nutzen-Analyse. Die Einstellung zur Gefahr wird auch unter dem Aspekt des Risikoverhaltens erforscht. Das *„Sicherheitsbewusstsein steht seiner ‚Risiko-Bereitschaft‘ gegenüber, die häufig auch mit dem modischen Begriff der ‚Risiko-Akzeptanz‘ bezeichnet wird.“*⁴⁸⁶ Während der Gefahren-Begriff die subjektunabhängige Bedrohung erfasst, berücksichtigt der Risiko-Begriff auch die mit einer Gefahrensituation einhergehenden Chancen, die dazu führen können, dass eine bedrohliche Situation nicht vermieden, sondern bewusst aufgesucht wird. Risikoverhalten lässt sich demnach als ein interaktions- und kontextabhängiges Verhalten beschreiben, dessen unerwünschte Konsequenzen mit der Wahrscheinlichkeit eines Schadens oder Verlustes einhergehen. Je nach Art des Risikoverhaltens (von unterschiedlich gefährvollen Mutproben, über Suchtmittelkonsum bis hin zum Ernährungsverhalten) können dabei zahlreiche und verschiedenartige gesundheitsbedrohende Schädigungen entstehen.⁴⁸⁷

In Kapitel 6.1.1 wird dispositioneller Optimismus als eine kognitive Ressource beschrieben, die durch ihre entlastende Funktion bei der Stressbewältigung (s.u.) die Resilienz eines Menschen gegenüber Krankheiten erhöhen kann. Umgangssprachlich ausgedrückt bedeutet dies: Optimistische Menschen empfinden weniger Stress und leben daher gesünder. Mit dem Begriff „Risiko“ ist dagegen auch eine negative Lesart eines solchen Optimismus verbunden, da es zu einer Fehleinschätzung von Gefahren und Gesundheitsrisiken kommen kann, wenn objektive Gefahren unterschätzt oder die eigenen Fähigkeiten überschätzt werden. Im Health Belief-Modell stellt die Beurteilung der eigenen Vulnerabilität die zentrale Variable für das Gesundheitshandeln dar. Auf das Gesundheitsverhalten bezogen glaubt man, mit dem so genannten *„defensiven Optimismus“* eine zentrale Ursache für die Unterlassung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen gefunden zu haben.

⁴⁸⁵ Limbourg/Flade/Schönharting: Mobilität im Kindes- und Jugendalter, S.63

⁴⁸⁶ Musahl: Gefahrenkognition, S. 117.

⁴⁸⁷ vgl. Raithel: Jugendliches Risikoverhalten, S. 24ff.

„Entweder kommen wir gar nicht auf die Idee, uns vor etwas zu schützen, weil wir uns von vornherein für unverwundbar halten, oder wir rechtfertigen die halbherzige Fortsetzung einer gewohnten riskanten Lebensführung mit dem Hinweis darauf, dass wir eigentlich weniger gefährdet seien als andere Menschen, und verwenden somit die verzerrte Risikowahrnehmung als subjektiv gültiges Gegenargument, um uns der Anforderung unserer sozialen Umwelt zu widersetzen, die uns zu einer anderen Lebensweise überreden will.“⁴⁸⁸

Da davon auszugehen ist, dass das Risikoverhalten mehr als nur die Negativfolie des Sicherheitsverhaltens umfasst, wird allerdings auf dessen weiterführende Darstellung in dieser Ausarbeitung verzichtet. Im Weiteren werden Unfälle nicht als Folge eines mutwillig in Kauf genommenen Risikos angesehen, sondern als das Resultat einer Gefahrensituation und einer, vor dem Hintergrund dieser Gefahrenlage, ungünstigen Verhaltensweise. Auf Ebene der Verhältnisprävention gilt es daher, eine sichere Umwelt zu gestalten, in der Gefahrensituationen möglichst selten entstehen. Auf der Ebene der Verhaltensprävention müssen im Wesentlichen zwei Aspekte erarbeitet werden:

- Kompetenzen zur Unfallvorbeugung (Gefahren erkennen, Risiken einschätzen, Unfallverhütungsmaßnahmen treffen),
- Kompetenzen zur Unfallbewältigung (Unfallursachen erkennen, unfallauslösende Faktoren und ihre Wechselwirkungen durchschauen, umsichtiges Verhalten in Unfallsituationen anbahnen).⁴⁸⁹

Die Unfallprävention muss dabei stets aktuelle Entwicklungen in der Lebenswirklichkeit von Kindern im Blick behalten, da etwa durch technische Veränderungen und Modernisierungen neue Gefahrenmomente für die Kinder entstehen können. Als Beispiel sei das Aufkommen bzw. die Zunahme der Inline-Skates und verschiedener City-Roller genannt, die das Mobilitätsverhalten der Kinder verändert und damit neue Gefahrenquellen erzeugt haben.

Casper und Wiesner stützen ihr Konzept zur Unfallprävention auf eine Trias aus technisch sicherer Gestaltung, gesetzlichen Regelungen und erzieherischen Maßnahmen. Da sie die ersten beiden genannten Punkte in Deutschland als sehr gut umgesetzt ansehen, richten sie ihr Augenmerk auf die Sicherheitserziehung.

„Das schwierigste Element ist die erzieherische Einflussnahme. Dieser Faktor ist aber besonders wichtig, da laut Fachliteratur etwa 80% der Unfälle auf menschliches Fehlverhalten zurückzuführen sind. Kinder können sich noch nicht vor sich selbst schützen; sie sind diesbezüglich von ihrer Erwachsenenwelt abhängig. Apelle zu sicherheitsgerechten Verhalten müssen also in erster Linie an die Erwachsenen, vor allem Eltern und Erzieher, gerichtet sein. Diese müssen durch ständige sachliche Aufklärung in die Lage versetzt werden, für die Sicherheit der Kinder zu sorgen. Hier sind koordinierte Bemühungen aller gesellschaftlichen Bereiche erforderlich.“⁴⁹⁰

⁴⁸⁸ Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 32.

⁴⁸⁹ vgl. Hund: Sicherheitserziehung an Schulen, S. 9.

⁴⁹⁰ Casper/Wiesner: Mortalität im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip (u.a.): Jugend und Gesundheit. S. 81.

Unfallprävention, die ausschließlich die Kompetenzen der Kinder schult, ist daher nicht ausreichend, sie muss vielmehr über den eigentlichen Unterricht hinausgehend auch in der Elternarbeit ihre Fortsetzung finden. Die Eltern sind als Subjekte der Gesundheitserziehung mit in die Verantwortung zu nehmen, da sie maßgeblichen Einfluss auf die außerschulischen Lebensräume ihrer Kinder nehmen können. Aus diesem Grund spricht sich Hund auch gegen ein Schulfach „Sicherheitserziehung“ aus, da es seiner Ansicht nach diese zu betont in der Schule institutionalisieren würde, wodurch manche Eltern sich ihrer diesbezüglichen Erziehungsaufgabe entbunden wähnen könnten.⁴⁹¹ Diese Argumentation lässt sich auf die Gesundheitserziehung im Allgemeinen übertragen (vgl. Kapitel 4.1.2.1).

5.3.3.2 Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland

Wie eingangs bereits erwähnt, stellen Kinderunfälle die häufigste Todesursache von Kindern in Deutschland dar. Nach einem Bericht der UNICEF (2001) beträgt der Anteil von Unfallverletzungen als Todesursache im Kindesalter (1-14 Jahre) in Europa 40%. Jährlich verunglücken dabei 20.000 Kinder in verschiedenen Unfallsituationen (Verkehrsunfälle, Sturzunfälle, Wohnungsbrände, Vergiftungen,...). Gemessen an den Ländern mit der geringsten Unfallbelastung (Schweden, Großbritannien, Italien, Niederlande) könnten etwa 60% der tödlichen Unfälle durch geeignete Präventionsmaßnahmen verhindert werden. Deutschland liegt im internationalen Vergleich mit einer Todesfolge von jährlich 8,3 Unfalltoten auf 100.000 Kindern (1991-1995) im unteren Mittelfeld. Dabei konnten die Unfallzahlen in Deutschland in den letzten 20 Jahren erheblich reduziert werden, in den 1970er Jahren starben nach Daten der UNICEF in Deutschland jährlich noch 28,4 von 100.000 Kindern.⁴⁹²

5.3.3.2.1 Daten der Arbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“

Da es in Deutschland kein einheitliches Unfallmonitoring gibt, ist die Datenbasis über Unfallverletzungen von Kindern in Deutschland als lückenhaft anzusehen. Die entsprechenden Statistiken müssen aus verschiedenen Quellen zusammengetragen werden. Von der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ werden für das Jahr 2008 die folgenden Zahlen genannt:

Mortalität

Von 11,2 Millionen in Deutschland lebenden Kindern (unter 15 Jahren) starben 282 an den Folgen eines tödlichen Unfalls. Die meisten (111) tödlichen Unfälle waren so genannte „Transportmittelunfälle“, 50 Kinder starben durch Ertrinken, 47 Kinder durch Ersticken, 20 an den Folgen eines Sturzunfalls und 18 durch Feuer bzw. Rauchgasvergiftung. Jungen waren dabei in allen drei gebildeten Altersklassen (<1 Jahr, 1-4 Jahre, 5-14 Jahre) und bei allen Unfallschwerpunkten (Verkehrsunfälle, Freizeitunfälle, Unfälle im Haus) häufiger unter den Todesopfern zu finden als Mädchen. In den verschiedenen Altersklassen dominieren unterschiedliche Unfallschwerpunkte: *„Im Säuglingsalter steht das Ersticken an erster Stelle, gefolgt von Stürzen aus Gebäuden. Im Kleinkindalter sind dagegen Brände und das*

⁴⁹¹ vgl. Hund: Sicherheitserziehung an Schulen, S. 8.

⁴⁹² vgl. UNICEF (ed.): A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No. 2. Florence: UNICEF 2001.

*Ertrinken die beiden häufigsten Todesursachen. Erst ab dem Grundschulalter treten die tödlichen Straßenverkehrsunfälle in den Vordergrund.*⁴⁹³

Morbidität

Insgesamt 15,1% der Kinder, darunter 16,5% der Jungen und 13,6% der Mädchen (unter 15 Jahren) mussten im Jahre 2008 auf Grund einer Verletzung ärztlich behandelt werden. Jüngere Kinder hatten ein höheres Verletzungsrisiko als Ältere: 40% der behandelten Kinder waren unter fünf Jahre alt. Der überwiegende Teil (ca. 1,05 Mio.) der 1,69 Millionen Unfallverletzungen geschah in Schulen oder Kindergärten, 500.000 waren Haus- oder Freizeit-Unfälle, 150.000 Unfälle erfolgten im Straßenverkehr.⁴⁹⁴

Mit Blick auf für die thermischen Verletzungen - hierzu zählen in den Unfallstatistiken alle Arten von Verbrennungen (inkl. Rauchgasvergiftungen) und Verbrühungen; teilweise werden auch Unfälle durch elektrischen Strom in einigen Statistiken berücksichtigt - sind die folgenden Aussagen festzuhalten:

- Thermische Verletzungen im Kindesalter haben von 1990 bis 2000 um mehr als die Hälfte abgenommen.
- Kinder im Vorschulalter sind bei thermischen Unfällen besonders gefährdet. In dieser Altersklasse stellen sie die zweithäufigste Todesursache im Haus- und Freizeitbereich dar, danach sinkt die Mortalität ab. Weiterhin verletzten sich aber Ende der 1990er Jahre jährlich noch ca. 6.600 Kinder so schwer, dass sie ärztlich behandelt werden mussten. Auf Grund der auch noch lange Jahre nach dem Unfall äußerlich sichtbaren Hautschäden, hinterlassen bei thermischen Verletzungen die körperlichen Verletzungen auch erheblich psychische „Narben“.
- Etwa 90% der tödlichen Unfälle werden durch Feuer (und die damit einhergehende Rauchgasbildung) in Wohnungen und Häusern verursacht.
- US-amerikanischen Daten zu Folge werden ca. 24% aller Brände von mit Streichhölzern und Feuerzeugen spielenden Kindern verursacht. Für Deutschland liegen vergleichbare Erkenntnisse vor, demnach etwa jeder vierte Brand im Kinderzimmer ausbricht und 37% aller Brände durch Unachtsamkeit im Umgang mit Feuer entstehen.
- Risikofaktoren mit denen eine höhere Gefährdung für thermische Verletzungen einhergehen, sind: Armut, niedriger Bildungsstand, allein erziehende Eltern, Arbeitslosigkeit der Eltern, niedriges Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes, Drogenkonsum der Eltern sowie kinderreiche Familien.⁴⁹⁵

5.3.3.2.2 Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) wurden die Eltern der untersuchten Kinder und Jugendlichen nach Unfallverletzungen (bei denen eine ärztliche Behandlung vorgenommen worden war) innerhalb der letzten zwölf Monate

⁴⁹³ Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ (Hrsg.): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland, S. 11.

⁴⁹⁴ vgl. www.kindersicherheit.de/html/basisdaten2008.html (14.06.10). Von der Arbeitsgemeinschaft herangezogene Quellen: Statistisches Bundesamt, Bundesanstalt für Straßenwesen, Robert-Koch-Institut, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V..

⁴⁹⁵ Ellsäßer: Thermische Verletzungen im Kindesalter. Die Epidemiologie und Prävention. Im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Kindersicherheit e.V., 2001. Verfügbar unter: www.kindersicherheit.de/html/expertisetherm.html (20.07.10).

befragt. Die erhobenen Daten bestätigten weitgehend die von der Arbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ zusammengestellten Basisdaten (s.o.): Demnach hatten 15,9% der Kinder und Jugendlichen (1-17 Jahre) in den letzten zwölf Monaten mindestens eine Verletzung erlitten (15,1% durch Unfälle und 0,8% durch Gewalteinwirkung); Jungen (Ø 17,9%) waren dabei in allen Altersklassen häufiger Unfallopfer als Mädchen (Ø 14%).

In allen Altersklassen waren Sturzunfälle mit einem Anteil von etwa 60% der häufigste genannte Unfallmechanismus; die zweithäufigsten Verletzungen (21%) resultierten aus einem Zusammenstoß/Zusammenprall mit Gegenständen oder Personen bzw. aus Unfällen im Straßenverkehr (8%).

Soziodemographische Unterschiede konnten nur bei den Straßenverkehrsunfällen festgestellt werden, so verunglückten Kinder mit niedrigem Sozialstatus häufiger als Kinder aus Familien höherer sozialer Schichten.

Aussagen für das Grundschulalter sind mit den Daten der KiGGS-Studie nur begrenzt möglich, da dieser Lebensabschnitt mit der Altersklasse der 5-14-Jährigen unscharf skizziert ist. In dieser Altersklasse verlagert sich der Unfallschwerpunkt generell von den häuslichen Unfällen zu den Unfällen in Bildungseinrichtungen und auf den Freizeit-, Sport- sowie Verkehrsbereich.⁴⁹⁶

5.3.3.2.3 Unfall-Daten aus dem Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Die Evaluationsstudie zum Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ (2002-2006) hatte die Untersuchung des Erfolges eines ganzheitlichen, umfassenden und langfristig angelegten Konzeptes zur Gesundheits- und Sicherheitserziehung in der Grundschule von der ersten bis zur vierten Klasse zum Ziel. Mit jährlichen Erhebungen (Motorik-Test, Kinderbefragung, Elternfragebogen) wurde die Wirksamkeit der Unterrichtseinheiten außerschulischer Institutionen (Polizei, Feuerwehr, gesetzliche Krankenkasse, regionales Energieversorgungsunternehmen, regionaler Anbieter im Öffentlichen Personennahverkehr) in zwei Versuchsklassen gegenüber einer aus acht Schulklassen bestehenden Kontrollgruppe evaluiert. Die Stichprobengröße umfasste in allen zehn Schulklassen zum Einschulungszeitpunkt 210 Kinder, davon 46 aus der Versuchsgruppe. Bei den fünf Elternbefragungen füllten zwischen 118 (Ende des 3. Schuljahres) und 176 (Anfang des 1. Schuljahres) Eltern den jeweiligen Fragebogen aus. Eine Übersicht über die Stichprobe liefert Tabelle 9.3. Im Weiteren werden die für dieses Kapitel relevanten Hintergrundinformationen aus den Elternbefragungen dargestellt. Der Abschlussbericht mit weiteren Daten zum Projekt und den Evaluationsergebnissen zu den Interventionsmaßnahmen befindet sich in Kapitel 9.

⁴⁹⁶ vgl. Kahl/Dortschy/Ellsäßer: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 718-727.

Kinderunfälle im Vorschulalter

Ähnlich wie in der KiGGS-Studie wurden die Eltern jährlich zu den Verletzungen ihrer Kinder (mit ärztlicher Behandlung als möglichst objektives Kriterium) innerhalb der zurückliegenden zwölf Monate befragt. Eine Ausnahme bildete die Befragung zum Einschulungszeitpunkt, hier wurden die Eltern gebeten, alle bisherigen Verletzungen aufzuführen.

Von den befragten Eltern antworteten 60% (=89 Befragte), dass ihr Kind im Vorschulalter noch keine Unfallverletzung mit ärztlichem Behandlungsbedarf erlitten hatte, ein Anteil von 24% der Kinder musste je einmal nach einer Verletzung in ärztliche Behandlung und bei 16% der Kinder gab es zwei oder mehr Unfälle mit anschließender ärztlicher Behandlung. Keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$) zeigten sich

- unter den Schülern der verschiedenen Schulen,
- zwischen den Kindern der Versuchsklassen (49% waren bislang mindestens einmal in ärztlicher Behandlung gewesen) und den Kindern aus den Kontrollklassen (36%; $\chi^2 = 1,91 < 3,84$),
- zwischen Mädchen (45%) und Jungen (37%; $\chi^2 = 0,95 < 3,84$).

Die meisten Unfälle ereigneten sich erwartungsgemäß dort, wo sich die Kinder vorrangig aufhielten. Im Vorschulalter fanden die mit Abstand meisten Unfälle in der elterlichen Wohnung statt (51%). Zu den weiteren Lebensräumen dieser Altersklasse gehörten Kindergärten (hier geschahen 14% der Verletzungen) und Spielplätze (9%). Während Wohnungen, Kindergärten und Spielplätze begrenzte und relativ überschaubare Räume darstellen, bietet die städtische Umgebung zahlreiche und verschiedenartige Gefahrenmomente. So verletzten sich vier Kinder in Kaufhäusern, zwei weitere auf Baustellen (vgl. Abbildung 5.16).

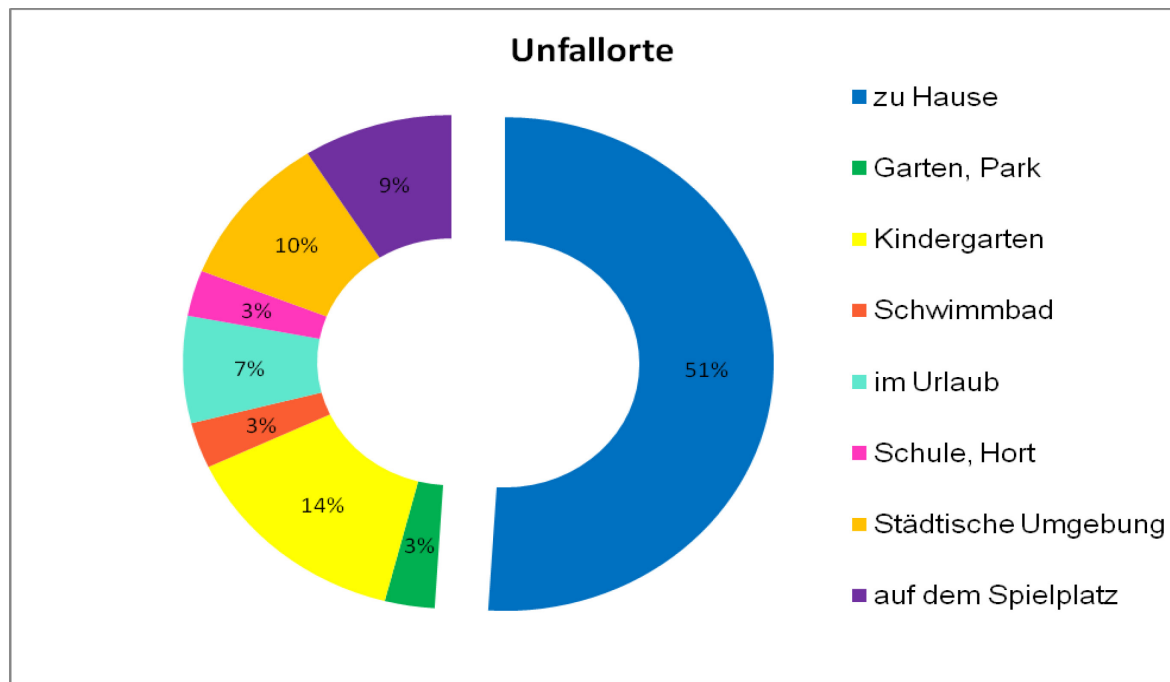


Abbildung 5.16: Übersicht über die Unfallorte auf Grundlage von 60 Eltern (86 Angaben, Mehrfachnennungen möglich). In der Elternbefragung an der Kontrollschule 2 war die Frage nach der Unfallbiographie der Kinder zu Beginn des 1. Schuljahres nicht enthalten. Quelle: Elternfragebogen zu Beginn des 1. Schuljahres.

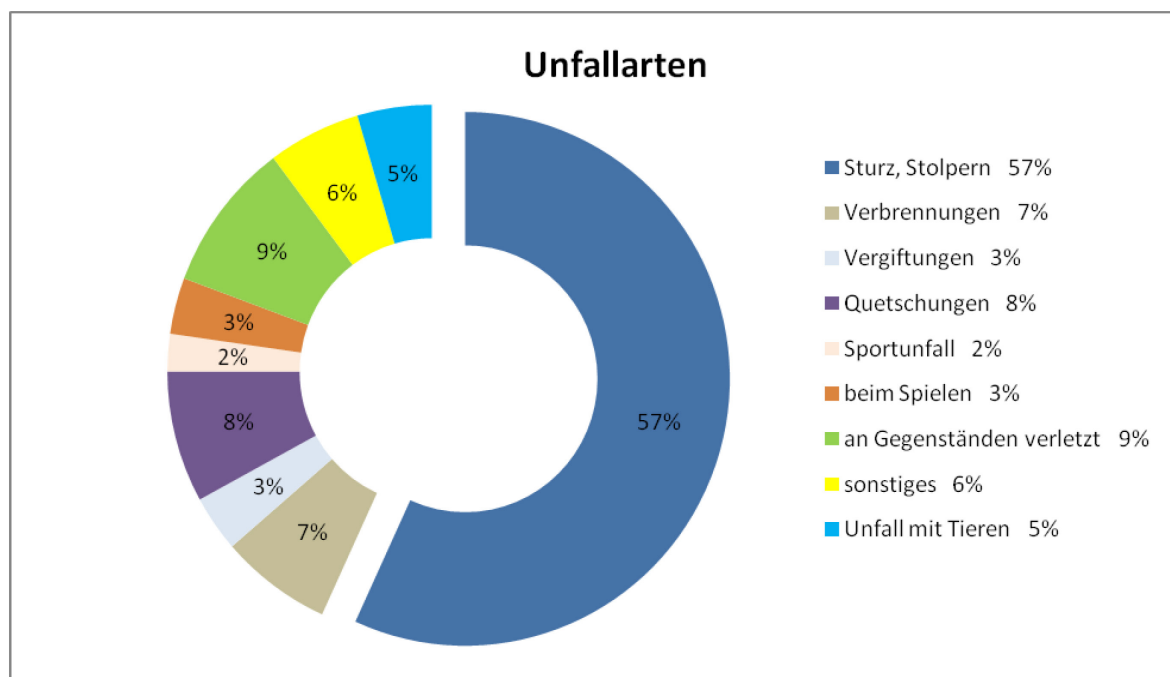


Abbildung 5.17: Übersicht über die Unfallursachen auf Grundlage von 60 Eltern (88 Angaben, Mehrfachnennungen möglich). In der Elternbefragung an der Kontrollschule 2 war die Frage nach der Unfallbiographie der Kinder zu Beginn des 1. Schuljahres nicht enthalten. Quelle: Elternfragebogen zu Beginn des 1. Schuljahres.

Die mit Abstand meisten Verletzungen waren die Folge eines Sturzes oder geschahen durch Stolpern. Zählt man außerdem noch die Treppenstürze zu dieser Rubrik hinzu, so resultierte mit 57% mehr als jede zweite ärztliche Behandlung aus einem Sturzunfall. Eine weitere häufige Unfallart stellte das Einklemmen und Quetschen v.a. von einzelnen Fingern dar (8%) (vgl. Abbildung 5.17).

Elf (6%) der 176 befragten Eltern gaben an, dass ihr Kind bis zur Einschulung jeweils einmal an einem Unfall im Straßenverkehr beteiligt war. Ein Kind war sogar bereits zweimal in einem Verkehrsunfall verwickelt gewesen. Den Großteil (neun) dieser Unfälle erlebten die Kinder als Mitfahrer im Auto, somit ohne eine eigene Möglichkeit, auf das Geschehen Einfluss nehmen zu können. Lediglich in zwei Fällen waren die Kinder als Fußgänger beteiligt.

Entwicklung der Kinderunfälle im Projektzeitraum

Am Abschluss des jeweiligen Schuljahres wurden die Eltern gebeten, die Unfallverletzungen (mit ärztlicher Behandlung) ihrer Kinder innerhalb des zurückliegenden Schuljahres zu berichten. Die so ermittelten **Unfallzahlen** ergaben für das 1. Schuljahr Verletzungen bei 18,4% der Kinder, in den weiteren drei Schuljahren lag die Unfallquote zwischen 14,3% und 14,6% (vgl. Abbildung 5.18).

Bei der Interpretation der folgenden Daten ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass ein Unfall nicht zwangsläufig als das Ergebnis kindlichen Fehlverhaltens aufgefasst werden muss, so kann eine Unfallverletzung ebenso gut aus dem Fehler einer anderen Person, z.B. eines anderen Verkehrsteilnehmers, resultieren.

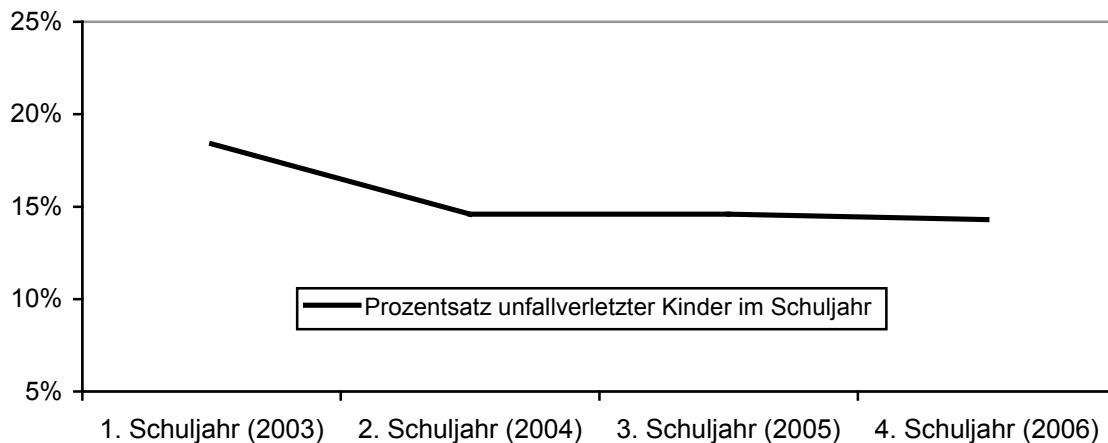
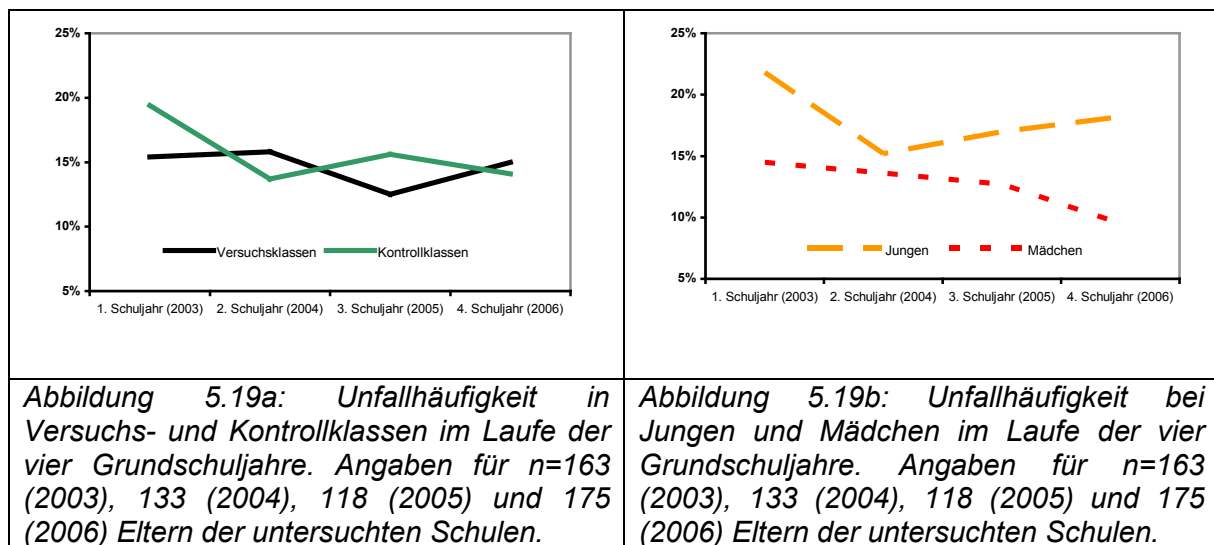


Abbildung 5.18: Unfallhäufigkeit im Laufe der vier Grundschuljahre. Angaben für n=163 (2003), 133 (2004), 118 (2005) und 175 (2006) Eltern der untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebögen (2003-2006).

Mit Blick auf die verschiedenen Teilstichproben zeigen die Abbildungen 5.19a/b, dass die Unfallquoten (mit ärztlicher Behandlung) der Jungen in allen vier Jahren die der Mädchen überstieg, während eine Unterscheidung der Kinder nach Versuchs- und Kontrollklassen keinen systematischen Unterschied ergab (15% bzw. 14,1%;

$\chi^2=0,03<3,84$; $\alpha>0,05$). Auch zwischen den vier am Projekt beteiligten Schulen zeigten sich keine Unterschiede in den Unfallhäufigkeiten (ohne Abbildung).



Zwar verfehlte eine Unterscheidung nach Jungen und Mädchen auf Grund der geringen Fallzahl regelmäßig die statistische Signifikanz (größter Unterschied im 4. Schuljahr: $\chi^2=2,78<3,84$; $\alpha>0,05$), jedoch entsprechen die über alle Erhebungszeitpunkte hinweg konstant deskriptiv höheren Unfallzahlen von Jungen den Ergebnissen repräsentativer Unfallstatistiken.⁴⁹⁷

Mit Blick auf die **Unfallarten** überwogen in den ersten beiden Schuljahren die Sturzunfälle, durch die etwa jeweils ein Drittel aller Verletzungen hervorgerufen wurden. Auch im 3. und 4. Schuljahr hatten die Sturzunfälle noch einen großen Anteil an den Verletzungen (zwischen 20% und 30%), wurden aber in der Bedeutung von den Sport- und Reitverletzungen abgelöst, die im Laufe des Grundschulzeitraums kontinuierlich anstiegen: Lag ihr Anteil an den Unfallverletzungen zu Beginn des 1. Schuljahres noch bei 2%, so besaßen diese Unfallarten am Ende des 1. Schuljahres bereits einen Anteil von 16%. Am Ende des 3. und des 4. Schuljahres resultierte sogar jede dritte Verletzung aus einem Sport- und Reitunfall, Dieser Anstieg lässt sich vermutlich auf die vermehrten Aktivitäten im Vereins- und im Schulsport zurückführen. Diese Entwicklung wird durch andere Statistiken bestätigt.⁴⁹⁸

Eher eine Seltenheit waren die Verkehrsunfälle im weitesten Sinne. Nach dem 1. Schuljahr gab es hierzu fünf Nennungen (=16%), darunter Unfälle/Stürze mit Fahrrädern, Inline-Skates und Skateboards. Zwei der Fahrradunfälle wurden von den Eltern auch explizit als „Verkehrsunfälle“ angegeben, sodass hierbei vermutlich nicht von einem Sturz als Einzelunfall auszugehen ist. Für den Zeitraum des 2.

⁴⁹⁷ vgl. RKI (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, S. 136ff. vgl. Kahl/Dortschy/Ellsäßer: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, S. 720.

⁴⁹⁸ Ellsäßer: Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland, S. 8.

Schuljahres wurden von den Eltern zwei Unfälle ihrer Kinder im Straßenverkehr berichtet, wobei ein Kind als Fußgänger und ein Kind als Mitfahrer im Auto betroffen war, zudem gab es einen Sturz mit dem Fahrrad außerhalb des Straßenverkehrs. Für das 3. Schuljahr wurde von den Eltern nur ein Verkehrsunfall (mit dem Skateboard, ohne ärztliche Behandlung) berichtet, hinzu kamen drei Stürze mit dem Fahrrad oder mit dem Skateboard (jeweils nicht als Verkehrsunfälle angegeben). Im 4. Schuljahr gab es schließlich zwei Verkehrsunfälle, jeweils einen als Mitfahrer im Auto und mit dem Fahrrad.

Am Ende des 3. Schuljahres wurden mit einer zusätzlichen Frage auch harmlosere Verkehrsunfallsituationen (zu Fuß, mit Fahrrad, Inline-Skates, Rollschuhen oder Skateboards) erfasst, die ohne größere Verletzungsfolgen blieben. Für unsere Studie waren diese „*leichten*“ Unfälle ebenfalls interessant, da auch sie Aufschluss über sichere Verhaltensweisen im Alltag liefern konnten. Hierbei kam es zu insgesamt weiteren 39 Nennungen der 118 Eltern, die sich auf 28% der Kinder verteilten. Die Unfälle waren gleichmäßig auf die Kinder aus der Versuchs- und der Kontrollgruppe verteilt, wobei Stürze mit Inline-Skates, Rollschuhen oder Skateboards doppelt so häufig genannt wurden, wie Stürze mit dem Fahrrad. Ebenso wenig unterschieden sich bei dieser Frage die Unfallohäufigkeiten zwischen den Jungen und Mädchen.

Mit den Elternbefragungen am Ende des 3. und 4. Schuljahres wurde zudem jeweils erfasst, ob und ggf., in welchem Umfang, Kinder durch Unfälle im Umgang mit Feuer verletzt wurden. Die leichten oder „Beinahe-Unfälle“ waren bei dieser Frage ebenso interessant wie die nur sehr selten vorkommenden Großfeuer, da kleinere Gefahrensituationen im Umgang mit Feuer schnell zu größeren Brandherden anwachsen können. Daher stellen auch letztlich harmlos verlaufende Vorfälle eine sinnvolle Ergänzung zur Einsatzstatistik der Feuerwehr dar. Auf diese Fragen gaben allerdings für beide Befragungszeiträume zusammen vier Eltern an, dass ihr Kind in eine Unfallsituation mit Feuer geraten war und sich dabei leichte Verbrennungen zugezogen hatte. Gefahrensituationen mit Feuer hatten sich somit in der untersuchten Stichprobe im Laufe der Grundschulzeit nur in Ausnahmefällen ergeben. Drei der vier Kinder stammten aus der Versuchsgruppe und der drei der vier Kinder waren Jungen. Auf Grund der kleinen Fallzahl erübrigten sich allerdings sämtliche Aussagen, inwieweit diese Vorfälle zufällig oder systematisch mit anderen Stichprobenvariablen in Zusammenhang standen.⁴⁹⁹

Weitere Unfallarten kamen nur in Einzelfällen vor, sie reichten von Quetschungen, Verletzungen an Spielgeräten, einem Tierbiss bis hin zu einer Verbrennung an einer exotischen Pflanze (im Urlaub).

Hinsichtlich der **Unfallorte** fanden zunehmend weniger Kinderunfälle im elterlichen Haus oder in der Wohnung statt. Im Vorschulalter geschah hier noch jeder zweite Unfall, im 1. Schuljahr noch etwa jeder dritte. Bereits im 2. Schuljahr war die Zahl der Unfälle, die in der elterlichen Wohnung stattfanden, auf 22% abgesunken, im 3. Schuljahr betrug der Anteil nur noch 16%, ehe er in der 4. Klasse wieder auf 20% anstieg.

⁴⁹⁹ Alle Informationen zu Beinahe-Unfällen sind nicht in die Berechnungen und in Abbildung 5.18 eingeflossen.

Die zunehmende Ausdehnung des kindlichen Lebensraumes lässt sich an der steigenden Zahl an Unfällen ablesen, die in der städtischen Umgebung (z.B. Kaufhäuser, Straßen) stattfanden. Etwa 28% aller Verletzung entstanden im 2. Schuljahr hier aus verschiedensten Ursachen. An dritter Stelle der Unfallorte lag nunmehr die Schule (inklusive Schulsport-Unfälle), hier geschahen 19% der beschriebenen Unfälle.⁵⁰⁰ Im 3. und 4. Schuljahr überwogen - übereinstimmend mit der Verschiebung der Unfallarten auf die Sport- und Reitunfälle - die verschiedenen Sportstätten (Sporthallen, Reitplätze, Schwimmbäder oder Bolzplätze) als Unfallorte. Die Unfälle, die im Haus geschahen, gingen wie oben beschrieben zurück. Eine weitere Gefahrenquelle stellte der Schulweg dar: Im 1. und 4. Schuljahr verunfallten hier jeweils zwei Kinder, im 3. Schuljahr war es eins; im 2. Schuljahr nannten die Eltern keinen Schulwegunfall.

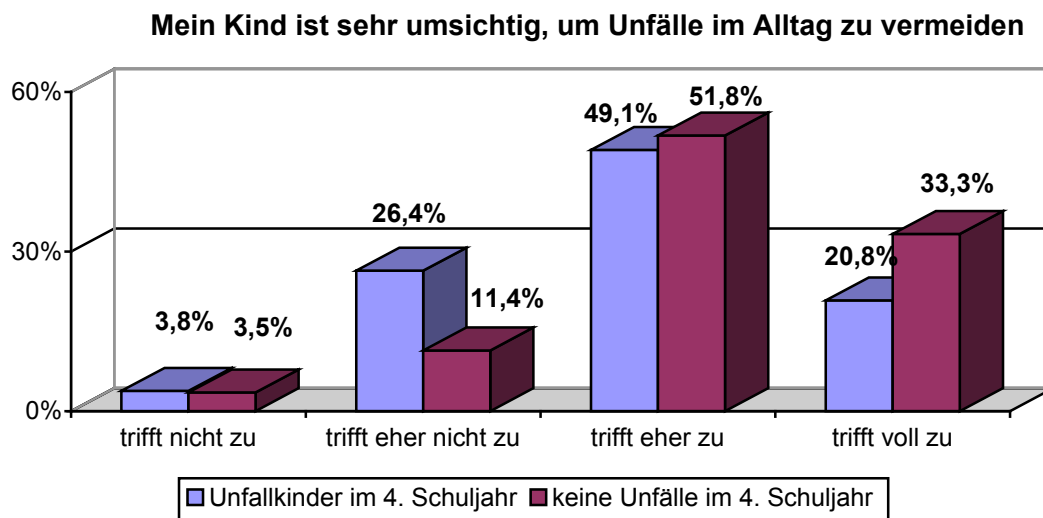


Abbildung 5.20: Einschätzung der Eltern über die Gefahrenvermeidung ihrer Kinder unterschieden nach Kindern, die im 4. Schuljahr in einem Unfall verwickelt waren bzw. nicht verwickelt waren.⁵⁰¹ Angaben für 167 Eltern der vier befragten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 4. Schuljahres.

Auf die Frage, ob ihr Kind umsichtig sei, „[...] um Unfälle im Alltag (z.B. im Haus oder auf dem Spielplatz) zu vermeiden“, antworteten am Ende des 4. Schuljahres ca. 80% der Eltern, dass diese Aussage auf ihr Kind „voll“ oder zumindest „eher“ zutrifft. Umgekehrt fiel demnach jedes fünfte Kind den eigenen Eltern in dieser Hinsicht durch ein eher riskantes Verhalten auf. Mädchen wurden dabei von den Eltern als vorsichtiger wahrgenommen als Jungen. So stimmten nur 22% der Eltern von Jungen der obigen Aussage „voll zu“, hingegen 38% der Eltern von Mädchen. Es deutete sich zudem ein weiterer Zusammenhang an, demnach die Kinder, die im zurückliegenden Schuljahr mindestens an einem Unfall beteiligt waren, nach Einschätzung der Eltern generell zu einem unvorsichtigeren Verhalten neigten als

⁵⁰⁰ Bei der Befragung zu Beginn des 1. Schuljahres konnte dieser Gefahrenraum noch keine hohen Werte annehmen.

⁵⁰¹ Berücksichtigt wurden die angegebenen Unfälle mit ärztlicher Behandlung, leichtere Unfälle im Umgang mit Feuer, Stürze mit dem Fahrrad, Verletzungen beim Fahren mit dem Skateboard, Rollschuhen, etc. sowie die beiden Unfälle im Straßenverkehr.

Kinder, die im 4. Schuljahr keinen Unfall hatten (vgl. Abbildung 5.20). Diese Differenz war allerdings nicht signifikant ($\chi^2=2,78<3,84$; $\alpha>0,05$).

5.3.3.3 Schutzmaßnahmen

Unfälle und ihre Verletzungsfolgen können durch Schutzmaßnahmen verhindert (etwa durch Herdschutzgitter), oder zumindest in der Schwere der Unfallfolgen gemildert werden (etwa durch das Tragen eines Fahrradhelms). Diverse Schutzmaßnahmen können die Kindersicherheit somit erheblich verbessern. Generell ist bei der Begutachtung der vorliegenden Daten zur Verbreitung von Schutzmaßnahmen die Datenquelle zu beachten. So muss zwischen den Angaben von Eltern und denen von Kindern unterschieden werden, da die angegebenen Häufigkeiten beider Quellen teilweise deutlich voneinander abweichen können.

Die Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) erfasst jährlich mittels Verkehrsbeobachtung Daten über die Verbreitung von Schutzmaßnahmen im Straßenverkehr (Sicherungssysteme im Pkw, Helmtragequoten). Bei der Sicherung im Pkw ermittelte die BAST für das Jahr 2008, nach einem kontinuierlichen Anstieg in den Jahren zuvor, erstmals wieder einen leichten Rückgang. Zwar ist die Gesamtsicherungsquote aller Kinder (bis einschließlich zwölf Jahre) im Pkw mit 98% sehr hoch, doch werden mehr als ein Drittel der Kinder ab sechs Jahren bereits mit Erwachsenengurten und damit nicht altersgerecht gesichert; 2% dieser Altersgruppe sind sogar völlig ungesichert. Beim Fahrradfahren ergeben die BAST-Daten bei der für die Grundschule relevanten Altersgruppe (Kinder bis einschließlich zehn Jahre) eine Nutzungsquote von Fahrradhelmen von 55%. Hierbei ist die Tendenz positiv, im Jahr 2007 betrug der entsprechende Anteil nur 45%.⁵⁰²

Die BAST-Daten bieten einen guten Überblick über die Entwicklung in den letzten Jahren und Jahrzehnten, zudem dürften die mittels Verkehrsbeobachtung erhobenen Daten valider sein als solche, die im Selbstbericht von Eltern oder Kindern angegeben werden und bei denen eine höhere Antwortverzerrung zu erwarten ist. Allerdings differenzieren die BAST-Zahlen nicht (oder nur geringfügig) nach Alter, Geschlecht und sozialer Herkunft.

Eine solche detailliertere Unterscheidung wurde bei dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) vorgenommen. Hierbei war zunächst auffällig, dass die Helmtragequote nach den Aussagen der Kinder und Jugendlichen deutlich unterhalb der von den Eltern berichteten Zahlen lag. Nach den von den Autoren referierten Elternangaben nutzen in der Altersklasse der 5- bis 14-Jährigen etwa 2/3 der Kinder einen Sturzhelm beim Radfahren und beim Inline-Skaten (jeweils ohne geschlechtsspezifische Unterschiede); Protektoren beim Inline-Skaten werden für 75% Jungen und 80% der Mädchen angegeben. Deutlich wurde zudem, dass Heranwachsende mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem

⁵⁰² Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.): Sicherung durch Gurte, Helme und andere Schutzsysteme 2008, S. 2f. Verfügbar unter: www.bast.de/cIn_007/nn_42256/DE/Publikationen/Infos/2009-2008/05-2009.html?__nnn=true (09.11.2009).

Sozialstatus beim Radfahren und Inline-Skaten seltener Sturzhelme und Protektoren tragen.⁵⁰³

Im Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ wurden von den befragten Eltern durchgängig sehr hohe Helmtragequoten berichtet. Von den Kindern, die bereits Anfang des 1. Schuljahres Fahrrad fahren konnten, mussten 89% einen Helm tragen, am Ende des 3. Schuljahres waren dies sogar 96% der Kinder. Geringer war die Verbreitung von Schutzkleidung beim Inline-Skaten bzw. Rollschuh laufen, hierbei trugen 68% der Kinder einen Helm und 71% entsprechende Protektoren, Arm- oder Knieschoner. Des Weiteren war auffällig, dass für die Jungen ($\phi=86\%$) signifikant ($\chi^2=5,69>3,84$; $df=1$; $\alpha=0,05$) seltener das Tragen von Schutzkleidung angegeben wurde als für die Mädchen ($\phi=95\%$).

Im Rahmen des Projekts wurden die Eltern aus den beteiligten Schulen zudem nach den in ihren Wohnungen vorhandenen Schutzvorkehrungen (Steckdosenschutz, Rauchwarnmelder, Herdschutzgitter, Feuerlöscher, Löschdecke) befragt (vgl. Abbildung 5.21). Solche Sicherheitsmaßnahmen in der Wohnung geben auch einen Hinweis darauf, welchen Stellenwert das Sicherheitsdenken im Alltag generell einnimmt. Zu Beginn des 1. Schuljahres (2002) wurden die Eltern nach Steckdosenschutz, Rauchwarnmeldern und Herdschutzgittern gefragt, hierbei zeigte sich, dass immerhin 60% der Eltern die Steckdosen mit Schutzsteckern absichern; Rauchwarnmelder (30%) und Herdschutzgitter (10%) waren dagegen eher selten vorhanden; 29% der Eltern verzichteten auf alle drei dieser Schutzvorrichtungen. Die Wiederholung der Frage am Ende des 3. Schuljahres (2004) zeigte, dass die Verbreitung von Rauchwarnmeldern zugenommen hatte, während Steckdosenschutzstecker weitgehend bei Kleinkindern verwendet werden und dementsprechend - sofern zum Einschulungszeitpunkt noch nicht vorhanden - auch nicht nachgerüstet wurden.⁵⁰⁴

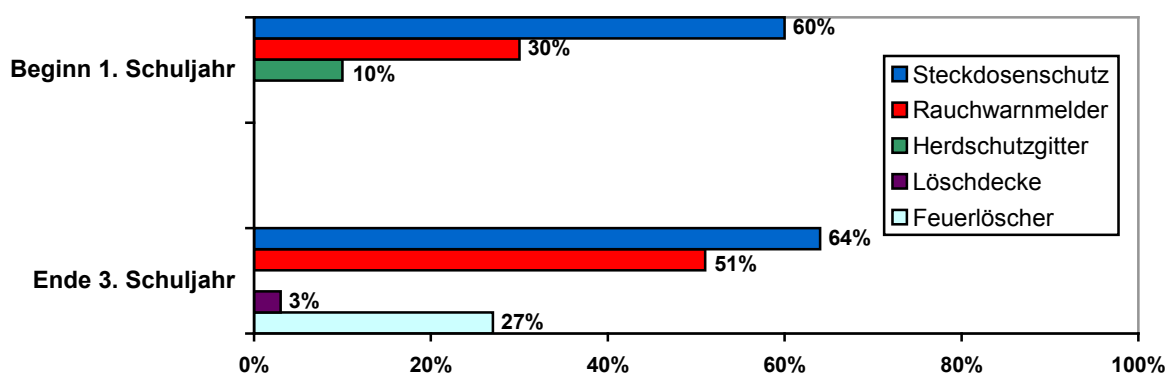


Abbildung 5.21: Angaben über die der Wohnung vorhandenen Schutzvorkehrungen für 176 Eltern (Beginn des 1. Schuljahres) und 118 Eltern (Ende des 3. Schuljahres) aus den vier beteiligten Schulen des Projektes „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“. Quelle: Elternfragebögen Beginn des 1. und des 3. Schuljahres.

⁵⁰³ Kahl/Dortschy/Ellsäßer: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, S. 724ff.

⁵⁰⁴ Aus dem gleichen Grund wurde am Ende des 3. Schuljahres die Frage nach den Herdschutzgittern nicht mehr gestellt.

Am Ende des 3. Schuljahres verfügte etwa die Hälfte aller Haushalte (51%) über Rauchwarnmelder. Gegenüber der Befragung zu Beginn des 1. Schuljahres (war damit ein deutlicher Anstieg (+ 21%) zu verzeichnen. Im Vergleich dazu hatte die Verbreitung von Steckdosenschutzsteckern kaum zugenommen (+ 4%). Vermutlich war die Zunahme bei den Rauchwarnmeldern auch ein Resultat der seinerzeit aktuellen Debatten um die Rauchwarnmelder-Pflicht (für Neubauten) in verschiedenen Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Hessen und Hamburg). Der Anstieg bei den Rauchwarnmeldern (wie auch beim Steckdosenschutz) ließ sich dagegen nicht als Ergebnis eines erhöhten Sicherheitsbewusstseins durch die Interventionsmaßnahmen in den Versuchsklassen interpretieren, da der Zuwachs (und die Verbreitung) in der Versuchs- und in der Kontrollgruppe gleichhoch war.

Insgesamt war die Verbreitung von Rauchwarnmeldern in der untersuchten Stichprobe höher als in der Gesamtbevölkerung. Nach einer FORSA-Umfrage (2006) waren in Deutschland 36% der Haushalte mit Rauchwarnmeldern (darunter 5% noch nicht installierte) ausgestattet, in Nordrhein-Westfalen war der Anteil mit 48% (darunter 7% noch nicht installiert) höher. In Haushalten mit Kindern waren Rauchwarnmelder häufiger verbreitet (50%) als in kinderlosen Haushalten (31%).⁵⁰⁵ Insgesamt konnte seit dem Start der Aufklärungskampagne „*Rauchmelder retten Leben*“ im Jahr 2000 die Ausstattung privater Haushalte mit Rauchwarnmeldern von 6% auf 36% gesteigert werden.⁵⁰⁶ Während die Zahlen für Vorkehrungen wie Rauchwarnmelder und Steckdosenschutzstecker in den von uns befragten Haushalten vergleichsweise hoch lagen, waren Brandbekämpfungsmaßnahmen wie Feuerlöscher (27%) und Löschdecke (3%) nur relativ selten vorhanden.

Nach einer Erhebung des Bundesverbandes der Brandschutz-Fachbetriebe (Bvbf) aus dem Jahre 2002 besaß etwa jeder zweite Haushalt (45%) einen Feuerlöscher, von denen allerdings nur die Hälfte regelmäßig gewartet wurde, sodass lediglich ein Viertel aller Haushalte über einen funktionstüchtigen Feuerlöscher verfügten.⁵⁰⁷ Da anzunehmen ist, dass dieses Wartungs-Defizit auch für die befragte Stichprobe gilt, kann der Anteil funktionstüchtiger Feuerlöscher auf etwa 10-15% geschätzt werden. Eher selten verbreitet waren Löschdecken (3%), die v.a. bei kleineren Bränden zum Einsatz kommen sollen und damit die Ausbreitung von Wohnungsbränden verhindern helfen. Ihre Vorteile gegenüber den Feuerlöschern liegen in der leichten Anwendbarkeit und darin, dass sie nicht gewartet werden müssen. Über die Verbreitung von Löschdecken in den Haushalten liegen keine Zahlen vor.⁵⁰⁸

⁵⁰⁵ vgl. www.rauchmelder-lebensretter.de/fileadmin/rm/extern/presse/mitteilungen/Forsa_Rauchmelder.pdf (verfügbar am: 10.11.09).

⁵⁰⁶ vgl. [www.rauchmelder-lebensretter.de/rauchmelder-presse.html?&tx_ttnews\[pointer\]=1&tx_ttnews\[tt_news\]=95&tx_ttnews\[backPid\]=273&cHash=31e3638efc](http://www.rauchmelder-lebensretter.de/rauchmelder-presse.html?&tx_ttnews[pointer]=1&tx_ttnews[tt_news]=95&tx_ttnews[backPid]=273&cHash=31e3638efc) (verfügbar am: 10.11.09).

⁵⁰⁷ vgl. www.bvbf-brandschutz.de/index.cfm?CFID=1398149&CFTOKEN=28537329&page_id=2DFF6014-FE3B-9CF1-2FDE4F16969B436F (verfügbar am: 10.11.09)

⁵⁰⁸ Generell liefern Erhebungen von Sicherheitsmaßnahmen im häuslichen Umfeld keine einheitlichen Daten. Eine Befragung des Forums Unfallprävention des Deutschen Grünen Kreuzes (1998-2001) ergab bspw. für Herdschutzgitter bei Eltern von Kleinkindern Zahlen zwischen 15% (Bremen) und 32% (Potsdam). Vgl. Ellsäßer: Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland, S. 12.

5.3.3.4 Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion

Die verschiedenen Datenquellen in Kapitel 5.3.3.2 belegen gleichermaßen, dass trotz des Rückgangs der Kinderunfallzahlen in nahezu allen Gefahrenbereichen, Unfälle und Verletzungen zum Alltag von Kindern in Deutschland gehören - mit einer erheblichen Bedrohung für die körperliche und psychische Gesundheit. Weiterhin wird deutlich, dass altersabhängig unterschiedliche Gefahrenschwerpunkte zu berücksichtigen sind, woraus sich für jeden Entwicklungsabschnitt eigene Präventionsansätze ergeben. Für das Grundschulalter sind besonders die Straßenverkehrsunfälle von Bedeutung.⁵⁰⁹

Einheitlich wird von den verschiedenen Datenquellen für nahezu alle Unfallbereiche und für jedes Alter eine höhere Unfallbelastung von Jungen gegenüber den Mädchen berichtet. Zur Begründung dieser Unterschiede werden verschiedene Erklärungen herangezogen: Zum einen werden unterschiedliche angeborene motorische Fähigkeiten von Jungen und Mädchen diskutiert, zum anderen wird eine unterschiedliche Risikobereitschaft in Alltagssituationen u.a. mit unterschiedlichen Sozialisationserfahrungen von Jungen und Mädchen begründet. *„Dies wird von der Beobachtung gestützt, dass der Unterschied zwischen Unfällen bei Jungen und Mädchen am größten für Aktivitäten ist, die von den Kindern selbst ausgehen, wie Fahrradfahren, Schwimmen, auf der Straße spielen, während der Geschlechtsunterschied kaum noch besteht, wenn das Kind keinen Einfluss auf die Exposition gegenüber Gefahren hat, wie z.B. als Beifahrer im Pkw.“*⁵¹⁰

Neben diesen Geschlechtsunterschieden war zumindest in den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys eine höhere Unfallhäufigkeit bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus auffällig, was auf objektiv unterschiedliche Lebensbedingungen und auch auf unterschiedliche Verhaltensweisen im Alltag (etwa die Nutzung von Schutzkleidung) hinweist (siehe auch Kapitel 5.2).⁵¹¹

Die im Projekt „Gut drauf!“ erhobenen Unfalldaten entsprachen hinsichtlich der Unfallhäufigkeit, den -orten und -arten, sowie tendenziell auch in der geschlechtsspezifischen Verteilung den Ergebnissen bestehender Unfallstatistiken. Die Angaben bei der Nutzung von Fahrradhelmen und zur Verbreitung von Rauchmeldern lagen über dem Bevölkerungsdurchschnitt, hieraus lässt sich durchaus ein hohes Präventionsbewusstsein in der untersuchten Stichprobe ablesen. Defizite bei den verschiedenen Schutzvorkehrungen betrafen v.a. den Schutz durch Protektoren u.ä. beim Inline-Skaten bzw. Rollschuh laufen und dabei v.a. bei den Jungen gegenüber den Mädchen.

Weiterhin bleibt festzuhalten, dass ein Ziel des Projektes, durch die Zusammenführung verschiedener Maßnahmen der Sicherheits- und Gesundheitserziehung, das allgemeine Sicherheitsbewusstsein zu steigern und damit letztlich auch die Unfallbelastung zu senken, den Daten der Elternbefragung nach nicht erreicht wurde. Weder in der Wahrnehmung der Eltern, noch in den

⁵⁰⁹ vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“ e.V. (Hrsg.): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland, S. 11.

⁵¹⁰ Kahl/Dortschy/Ellsäßer: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, S. 726.

⁵¹¹ vgl. „ebd.“

berichteten Unfallquoten hoben sich die Versuchs- von den Kontrollklassen ab. Zu bedenken ist allerdings, dass Unfälle auf Grund des komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren zumeist nur schwer vorhersehbare Ereignisse sind, weshalb reine Unfallzahlen zur Evaluation von Interventionsmaßnahmen nur bedingt geeignet erscheinen. Schlesinger/Jerusalem plädieren daher dafür, zukünftig die Schwere von Unfallfolgen bei der Bewertung von Maßnahmen zur Unfallprävention stärker in den Blick zu nehmen.⁵¹²

5.3.3.5 Ansätze zur Prävention von Kinderunfällen

Trotz des deutlichen Rückgangs an Kinderunfällen in den letzten Jahrzehnten (s.o.) besteht weiterhin ein großes Präventionspotenzial bei der Vermeidung von Kinderunfällen. Mit Verweis auf die in Schweden erzielten Erfolge der dortigen Unfallpräventionsmaßnahmen erscheinen europaweit jährlich ca. 1.600 tödliche Unfälle im Kindesalter vermeidbar, und auch für Deutschland dürften trotz einer im internationalen Vergleich eher niedrigen Unfallbelastung von Kindern weiterhin unausgeschöpfte Reserven zur Vermeidung von Kinderunfällen bestehen.⁵¹³

Für den Bereich der Verkehrssicherheitsarbeit lassen sich Maßnahmen auf drei (vier) verschiedenen Ebenen unterscheiden:

- Verkehrsraumgestaltung, Verkehrsregelung und technische Maßnahmen;
- legislative Maßnahmen, Rechtsprechung sowie Kontrolle und Überwachung;
- erzieherische und kommunikative Maßnahmen.⁵¹⁴

Oder nach einer anderen Systematik, aber mit vergleichbaren Inhalten:

- Enforcement (ordnungsrechtlichen Maßnahmen);
- Engineering (Verkehrswege, Verkehrsmittel);
- Education (Information und erzieherische Maßnahmen);
- Economy/Encouragement (Kosten und Anreizsysteme).⁵¹⁵

Für die Gesundheitsförderung in der Grundschule sind dabei in erster Linie die erzieherischen Maßnahmen umsetzbar, da die zumeist auf die Verhältnisprävention abzielenden Maßnahmen, etwa der Verkehrsraumgestaltung, der Verkehrsregelung und ihre Überwachung, technisch-bauliche Maßnahmen, oder die Schaffung von Anreizsystemen, in die Verantwortung von gesellschaftlichen Einrichtungen außerhalb des Schulwesens fallen. Allerdings ist es denkbar, dass Grundschulen an die zuständigen Institutionen herantreten, ihre Vorstellungen und Perspektiven einbringen und auf diese Weise aktiv bei der Verhältnisprävention mitwirken. Etwa in dem im Unterricht zunächst Vorschläge zur Gestaltung und Regelung für die, von den Kindern bevorzugt genutzten Wege und Räume erarbeitet und diese Vorschläge beim städtischen Verkehrs- oder Stadtplanungsamt eingereicht werden.⁵¹⁶

⁵¹² vgl. Schlesinger/Jerusalem: Schulunfälle. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 452.

⁵¹³ vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“ e.V. (Hrsg.): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland, S. 10; 19.

⁵¹⁴ vgl. Limbourg: Kinder unterwegs im Straßenverkehr, S. 134.

⁵¹⁵ vgl. Schlag/Richter: Verkehrsunfälle mit Kindern und Jugendlichen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 414.

⁵¹⁶ vgl. Weidmann: Das Kind als Fußgänger. In: Siller (Hrsg.): Kinder unterwegs – Schule macht mobil, S. 66f.

Als Ziele und Inhalte einer bereichsübergreifenden Sicherheitserziehung für Kinder benennt Hund (2002) die folgenden Punkte:

- Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit und des Reaktionsvermögens;
- Einsicht in die Zusammenhänge von Unfallursachen und für den jeweiligen Lebensraum relevanten Unfalltypen;
- Kenntnisse von Maßnahmen zur Unfallverhütung;
- Vermittlung von Kompetenzen zur Verbesserung der eigenen Sicherheit;
- Bereitschaft zur Verantwortung und Hilfeleistung („Erste Hilfe“ mit Kindern);
- Einsicht in die Notwendigkeit von Verhaltensnormen zur Unfallverhütung.

Methodisch-didaktisch empfiehlt Hund die Arbeit mit Zeitungsartikeln und anderen Unfallberichten als Ausgangspunkt für eine Gefahrenanalyse der eigenen Lebensräume zu nehmen.⁵¹⁷

Die mobilitäts- bzw. verkehrserzieherischen Maßnahmen in der Grundschule wenden sich an Kinder und deren Eltern. Sie sind auf die jeweiligen Verkehrsmittel (Kinder als Fußgänger, Kinder als Radfahrer, Kinder als Mitfahrer im Pkw, Kinder im öffentlichen Nahverkehr) abzustimmen und sollten „[...] *immer ein bis zwei Jahre vor der Nutzung der einzelnen Verkehrsmittel angeboten und auch noch in der ersten Phase der neuen Art der Verkehrsteilnahme begleitend weitergeführt werden.*“⁵¹⁸ Diese Forderung unterstreicht den hohen Stellenwert der Mobilitätserziehung in der Grundschule, bzw. für den vorschulischen Bereich. Besondere Bedeutung kommt im Anfangsunterricht der Schulweg-Sicherheit, v.a. von Kindern als Fußgänger im Straßenverkehr, zu. Hierzu wurden verschiedene Ansätze entwickelt, z.B. Walking-Bus-Programme oder Schulwegepläne, die auf der einen Seite die Sicherheit der Kinder erhöhen, auf der anderen Seite ihre Selbstständigkeit als Verkehrsteilnehmer steigern sollen.⁵¹⁹ Im 4. Schuljahr ist zudem die Radfahrausbildung zentraler Gegenstand der Mobilitätserziehung in der Grundschule.

Zur Prävention thermischer Verletzungen im Kindesalter weisen Eich (u.a.) darauf hin, dass eine Vielzahl an Unfällen durch Fremdverschulden im Umgang mit Feuer und heißen Flüssigkeiten hervorgerufen werden, weshalb Präventionsmaßnahmen gerade auch diese Fremdgefährdung aufgreifen sollten.⁵²⁰

Für den Bereich der Sturzunfälle fordern Ellsäßer/Diepgen (2002) zur Verhältnisprävention eine stärkere Berücksichtigung des Sicherheitsdenkens bei der Konstruktion von Gebäuden und Kindermöbeln oder bei der Gestaltung und Wartung von Kinderspielplätzen. Erzieherische Maßnahmen zur Verhaltensprävention sehen die Autoren bei den Eltern (Sicherheitsmaßnahmen im Haus), bei den Lehrern (Sicherheitsvorkehrungen in der Schule, v.a. in der Pause und im Sportunterricht) und bei den Kindern selbst, etwa was die Nutzung von Schutzkleidung betrifft (vgl. Kapitel 5.3.3.3). Zudem wird die Ausbildung einer guten Psychomotorik als eine wichtige Ressource für die Unfallprävention angesehen (vgl. Kapitel 5.3.1). Eine Übersicht über Inhalte und didaktische Materialien zur Unfallprävention liefert das

⁵¹⁷ vgl. Hund: Sicherheitserziehung an Schulen, S. 10ff.

⁵¹⁸ Limbourg: Kinder unterwegs im Straßenverkehr, S. 155.

⁵¹⁹ vgl. Weidmann: Das Kind als Fußgänger. In: Siller (Hrsg.): Kinder unterwegs – Schule macht mobil, S. 58. Vgl. Limbourg: Lernort Schulweg. In: Die Grundschul-Zeitschrift. Heft 224 (2009), S.26-30.

⁵²⁰ vgl. Eich/Lohmeyer/Siemers/Mailänder: Thermische Verletzungen im Kindes- und Jugendalter, S. 354.

5.3.4 Gewalterfahrungen im Kindesalter⁵²²

Gewalterfahrungen stellen eine besondere Form von gesundheitsschädigenden Alltagserfahrungen von Heranwachsenden dar. Neben den direkten körperlichen Schäden bei physischer Gewalt sind dabei v.a. die psychischen Folgen und die Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der Gewaltopfer bedeutsam. Aggressive Kinder leiden ihrerseits unter den Folgen bzw. Nebenwirkungen ihres Verhaltens: Sie bekommen häufig schlechtere Schulnoten, werden oft abgelehnt und kritisiert, sie besitzen eine höhere Wahrscheinlichkeit für emotionale Probleme, Suchtmittelkonsum und kriminelles Verhalten.⁵²³ Zudem stellt eine gewaltreiche Umgebung auch für diejenigen, die weder Opfer noch Täter von aggressiven Handlungen werden, eine erhebliche gesundheitliche Belastung da: Konflikte beeinträchtigen das Klassenklima von Schüler und die Arbeitsplatzqualität von Lehrern.

„Aggression“, „deviantes“ oder „dissoziales Verhalten“ oder eben auch „Gewalt“ sind unterschiedliche Begriffe, die auf ihrer phänomenologischen Ebene allesamt durch eine Vielzahl von ähnlichen Handlungen repräsentiert werden, wie etwa das Schlagen und Treten von Personen, Beschimpfungen oder auch Sachbeschädigung. Hinzu kommen Formen von Kinderdelinquenz wie Diebstahlsdelikte. Stellvertretend für die verschiedenen Begriffe werden im Folgenden die Definitionen von „Gewalt“ und „Aggression“ betrachtet.

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt als *„[...] absichtlichen Gebrauch von angedrohten oder tatsächlichen körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt.“*⁵²⁴
- Aggression lässt sich nach Petermann/Petermann als ein Verhalten definieren, *„[...] das zu einer direkten oder indirekten Schädigung anderer führt oder das mit einer Schädigungsabsicht verbunden ist. Ziele der Schädigung können Personen sowie Objekte sein.“*⁵²⁵

Der Gewaltbegriff ist demnach stärker über ein Macht-Verhältnis definiert, er ist als eine spezifische Form der Aggression anzusehen. Beide Begriffe beinhalten damit zwar unterschiedliche Implikationen, werden aber auf Grund ihres engen

⁵²¹ www.bzga.de/kindersicherheit/ (13.01.10).

⁵²² Im Weiteren wird ein erweiterter Gewaltbegriff verwendet, der auch Sachbeschädigung, Erpressung und andere Formen der Kinderdelinquenz einschließt.

⁵²³ Petermann/Koglin: Aggressivität und Gewalt. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 113.

⁵²⁴ WHO: Weltbericht Gewalt und Gesundheit, S.6.

⁵²⁵ Petermann/Reuber: Aggression und Gewalt. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 239.

wechselseitigen Bezugs nicht nur im Alltag, sondern teilweise auch im wissenschaftlichen Diskurs häufig synonym verwendet. Auch in dieser Arbeit wird aus pragmatischen Gründen zwischen beiden Begriffen nicht unterschieden.

Generell muss zwischen Kindern als Täter von aggressiven Verhaltensweisen und Kindern als Opfern von Gewaltverhalten unterschieden werden; sowie als eine dritte Gruppe, solche Kinder, die sowohl Täter wie auch Opfer von Gewalttaten werden (s.u.). Die Gewaltforschung kann sich vor dem Hintergrund dieser Unterscheidung nicht völlig von dem Vorwurf freisprechen, weitgehend täterorientiert zu sein, wesentlich seltener thematisiert wird der Prozess der Viktimisierung, also die Opfer-Werdung von Gewalttaten.⁵²⁶

5.3.4.1 Ursachen der Gewaltentstehung im Kindesalter

Die oben beschriebenen Verhaltensmuster lassen sich in den Katalog der ICD-10 als „[...] *verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* [...]“ einordnen.⁵²⁷ Je nach Alters- bzw. Entwicklungsstufe dominieren unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten: „*Während im Kindesalter vermehrt oppositionelles Trotzverhalten zu beobachten ist, nehmen aggressive Verhaltensformen im Grundschulalter bis zu aggressivem und delinquentem Verhalten im Jugendalter zu.*“⁵²⁸ Das Maximum an selbstberichteten Gewaltaktivitäten ermittelten Fuchs (u.a.) in der Altersklasse zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr, die Hauptphase bei der Opferwerdung lag bei 13-14 Jahren. Zudem zeigte sich ein enger Zusammenhang zwischen Täter- und Opferstatus, „[...] *die Opferhäufigkeit steigt mit der eigenen Gewaltanwendung.*“⁵²⁹ Die Kriminalitätsbelastung erreicht ihren (quantitativen) Höhepunkt bei den 16- bis 20-Jährigen, danach geht sie kontinuierlich zurück.⁵³⁰

Die Ursachen und Auslöser von deviantem und gewalttätigem Verhalten bei Heranwachsenden sind in den ihnen letztlich zu Grunde liegenden Prozessen sehr komplex und vielfältig, sie können daher an dieser Stelle nur grob skizziert werden. Diskutiert wird die Entstehung von Gewalt und Aggressivität

- als Folge von angeborenen-biologischen Dispositionen (z.B. neuropsychologisch-hormonelle Störungen bei gewaltbereiten Kindern),
- als Persönlichkeitseigenschaft (unzureichende Impulskontrolle),
- als erlernte Verhaltensweisen (etwa im Sinne des Modell-Lernens von im Elternhaus verbreiteter Gewalt, oder anhand von medial vermittelter Gewalt),
- als soziales Konstrukt (etwa Ritualisierung von Gewalthandlungen in der Peergroup; Anomietheorie von Durkheim; Merton),
- als Resultat von Frustration und unzureichender Stressbewältigung,
- als Ergebnis verzerrter sozial-kognitiver Wahrnehmung.⁵³¹

⁵²⁶ vgl. Oerter: Kindheit. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 254f.

⁵²⁷ vgl. www.icd-code.de/suche/icd/code/F91.-.html? (26.01.10).

⁵²⁸ Petermann/Koglin: Aggressivität und Gewalt. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 114.

⁵²⁹ vgl. Fuchs (u.a.): Gewalt an Schulen, S. 348.

⁵³⁰ vgl. Montada: Delinquenz. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 862.

⁵³¹ vgl. Petermann/Reuber: Aggression und Gewalt. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 241. Petermann/Petermann: Training mit aggressiven Kindern, S. 64-73.

Dabei kann an keine der Ansätze und Modelle der Anspruch gestellt werden, Gewaltphänomene alleine, d.h. monokausal, erklären zu können, vielmehr ist davon auszugehen, dass bei einer erhöhten Gewaltbereitschaft vielfach mehrere (und im Einzelfall unterschiedliche) Ursachen zusammenkommen, wie das von der WHO präferierte⁵³², ökologische Erklärungsmodell verdeutlicht (vgl. Abbildung 5.22).

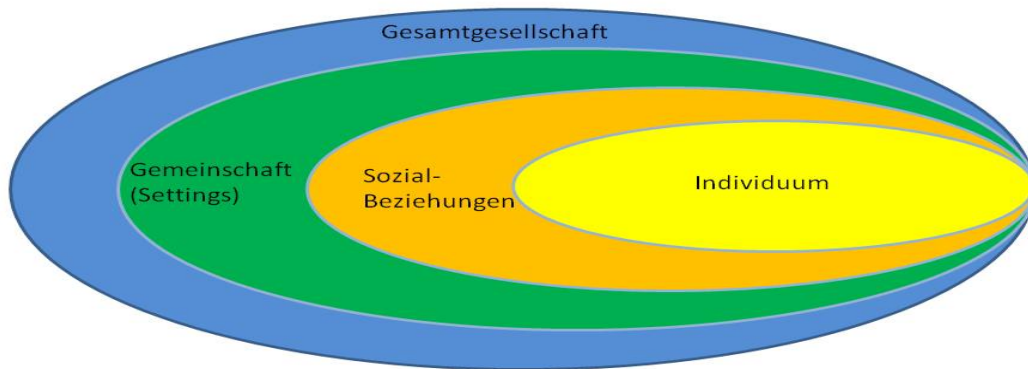


Abbildung 5.22: Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt. Aus: WHO: Weltbericht Gewalt und Gesundheit, S.13.

Das Erklärungsmodell basiert auf der ökologischen Entwicklungstheorie von Bronfenbrenner (siehe auch Kapitel 4.2.1), demnach sich Sozialisation und Persönlichkeitsentwicklung in der Interaktion von Individuum und Umwelt auf verschiedenen Systemebenen vollziehen. Die Einflüsse auf jeder dieser Ebenen können dabei die Gewaltbereitschaft erhöhen, oder auch - im Sinne protektiver Faktoren - abschwächen. Im innersten Segment sind die im *Individuum* liegenden Ursachen aufgeführt, z.B. angeborene Dispositionen, Persönlichkeitseigenschaften, oder auch zurückliegende, biografische Gewalterfahrungen. Auf der Ebene der *Sozialbeziehungen* wirken sich bspw. die Einflüsse der Familie (Gewaltverhalten der Eltern), oder auch Einflüsse einer ggf. gewaltbereiten Peergroup aus. Die dritte Ebene (*Gemeinschaft*) beinhaltet die Strukturen in sozialen Systemen (*Settings*), etwa das Schul- bzw. Klassenklima, welche ebenfalls maßgeblichen Einfluss auf das Entstehen von und den Umgang mit Konflikte haben.⁵³³ Auf der Ebene der *Gesamtgesellschaft* (äußere Ellipse) sind schließlich jene Faktoren zu verorten, die den Umgang mit Gewalt und Macht zumindest in Teilbereichen der Gesellschaft (z.B. auch in den Massenmedien) legitimieren. „Dazu gehören die Verfügbarkeit von Waffen sowie soziale und kulturelle Normen. Eine solche Norm ist es beispielsweise, wenn das Elternrecht gegenüber dem Wohl des Kindes Vorrang genießt, wenn Selbstmord als persönliche Entscheidung und nicht als verhütbare Gewalttat begriffen wird, wenn die männliche Vorherrschaft gegenüber Frauen und Kindern fest

⁵³² WHO: Weltbericht Gewalt und Gesundheit, S.13f.

⁵³³ vgl. Klett: Gewalt an Schulen, S. 106.

*verwurzelt ist, die übertriebene polizeiliche Gewaltanwendung gegenüber Bürgern auf Zustimmung stößt und politische Konflikte gefördert werden.*⁵³⁴

In der aktiven Auseinandersetzung mit diesen Sozialisationserfahrungen (vgl. Kapitel 4.2.1) entwickeln sich auf Seiten des Individuums zum einen Wertvorstellungen und Einstellungen, z.B. gegenüber Gewalt als Mittel zur Zielerreichung, zum anderen erwirbt der Einzelne in dieser Auseinandersetzung Kompetenzen, etwa in der Stress- oder der Konfliktbewältigung. So können nach Cierpka aus ungünstigen oder fehlenden Sozialisationserfahrungen Defizite in der sozialen Informationsverarbeitung entstehen. Die betroffenen Kinder können dann (aggressive) Verhaltensweisen anderer Personen nur unzureichend einschätzen. In ihren eigenen Handlungen werden diese Kinder sehr stark von (negativen) Emotionen (Ärger, Wut, Angst) geleitet, zudem fehlen ihnen häufig Modelle für alternative Konfliktlösungen, bzw. die Übung, ein solches gewaltfreies Verhalten im Alltag auch anzuwenden.⁵³⁵ Diese Annahmen bilden auch den Ausgangspunkt für die unter 5.3.4.3 aufgeführten Präventionsmaßnahmen. Hierbei zeigt sich die Verzahnung von Erziehungs- und Sozialisationsbedingungen mit der individuellen Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung im Kindes- und Jugendalter. Diese Verzahnung erschwert jede präzise Ursachenzuschreibung in der Gewaltentstehung. Auch die unter 5.3.4.2.1 skizzierten geschlechtsspezifischen Unterschiede, nach denen Jungen sowohl als Gewalttäter wie auch als -opfer überrepräsentiert sind, lassen sich nur aus der Kombination von Sozialisationserfahrungen und deren individuelle Verarbeitung erklären. So werden gerade Jungen mit ambivalenten Rollenerwartungen konfrontiert, was als Mitursache für Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen angesehen werden kann: *„Der Grat zwischen gesellschaftlich erwünschtem Jungenverhalten und unerwünschtem gewalttätigen Verhalten ist schmal.*“⁵³⁶ Es ist anzunehmen, dass bereits Jungen im höheren Grundschulalter in ihrem Verhalten durch diese unklaren und teilweise widersprüchlichen Rollenerwartungen geprägt sind. Als bedeutende Vermittlungsinstanzen von Geschlechterstereotypen sind u.a. zum einen die Eltern, die aggressive Verhaltensweisen bei Jungen und Mädchen unterschiedlich sanktionieren, und zum anderen die Medien und durch sie transportierte Rollenvorbilder anzusehen (vgl. Kapitel 4.2.2.4).

Nach Pongratz (2000) ist die Delinquenz von Kindern im Grundschulalter durch die folgende Struktur gekennzeichnet:

- Es besteht generell eine hohe Dunkelziffer bei delinquenten Verhaltensweisen von Kindern, da diese seltener zur Anzeige gebracht werden (höhere Toleranz, z.B. gegenüber Sachbeschädigung, siehe auch den nächsten Spiegelstrich).
- Die von Kindern verursachten Personen- oder Sachschäden sind wesentlich geringer als bei Jugendlichen oder Erwachsenen.
- Delinquente Verhaltensweisen im Kindesalter lassen sich zum Großteil noch als (entwicklungsbedingte) Einzeltaten deuten, es geht von ihnen in der Regel noch keine bahnende Wirkung aus, da nur 25% der Kinder ein zweites Mal straffällig werden.

⁵³⁴ WHO: Weltbericht Gesundheit und Gewalt, S. 14.

⁵³⁵ vgl. Cierpka: „...und da hat er ihr einfach eine vors Schienbein gegeben, einfach so!“. In: Cierpka (Hrsg.): Möglichkeiten der Gewaltprävention, S. 30.

⁵³⁶ „ebd.“, S. 31.

- Kindern dieser Altersklasse fehlt häufig noch das Unrechtsbewusstsein. Zumal Schein- und Spielwelt bei ihnen noch nahtlos in die Realwelt übergehen, sodass bestimmte Delikte aus dem Spiel heraus entstehen oder als Teil eines Spiels angesehen werden.⁵³⁷

Gerade der letzte Punkt dürfte ein Ansatzpunkt für die Kriminalitäts- und Gewaltprävention im Grundschulalter sein, da solche aus dem kindlichen Spiel resultierende Taten über eine entsprechende Bewusstmachung vermutlich seltener begangen werden. Bei einer Befragung von 444 Grundschullehrern kam Pongratz zu dem Ergebnis, dass delinquente Grundschüler in der Wahrnehmung der Lehrer zwar ein häufiges und durchaus ernstzunehmendes, aber auf Grund der oben aufgezeigten Struktur noch keinesfalls als ein besorgniserregendes Phänomen zu bewerten ist. Auf Grund einer Vielzahl von sozialen Einflüssen auf die Schüler, sieht die Mehrzahl der befragten Lehrer die Möglichkeiten der (schulischen) Kriminalitäts- und Gewaltprävention allerdings für eher gering an.⁵³⁸

Die aktuellste Studie zur Genese von Kriminalitätsvorstellungen in der Kindheit stammt von Bott (2008)⁵³⁹. Der Autor kritisiert den defizitären Forschungsstand zu der Frage, wie sich bei Kindern Konzepte und Vorstellungen von Kriminalität entwickeln und wie sich diese auf ihr eigenes Verhalten auswirken. Um die Forschungslücke zumindest teilweise zu schließen, hat Bott eine qualitativ ausgerichtete Studie zu den Kriminalitätsvorstellungen von 5- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen durchgeführt. Die wesentlichsten Ergebnisse im Überblick:

- Bis ins späte Grundschulalter hinein stellen die Eltern die wichtigste normvermittelnde Sozialisationsinstanz dar. Die ersten Vorstellungen von „gut/böse“ bzw. „richtig/falsch“ werden im Kleinkindalter etwa über Märchen erworben oder im Erziehungsprozess durch Konditionierungen angeeignet.
- Den Orientierungsrahmen zur Beurteilung von Verhaltensweisen liefern im Grundschulalter häufig bestehende Regeln und ihre möglichen Sanktionen. Moralische Kategorien liegen allerdings durchaus schon seit dem Vorschulalter vor, werden aber bei der Bewertung einer Tat Begründung nur selten genannt.
- Mit zunehmendem Alter werden die Umstände einer Tat bei ihrer Bewertung mitberücksichtigt.
- Die Kriminalitätsvorstellungen differenzieren sich mit dem Alter aus, die Kriminalitätsfurcht verändert sich dagegen kaum.
- Es zeigten sich große geschlechtsspezifische Unterschiede in den Kriminalitätsvorstellungen, der Betroffenheit (Opferperspektive), der Kriminalitätsfurcht und dem eigenen Gewaltverhalten (Täterperspektive).
- Dagegen zeigten sich kaum ethnische Unterschiede in der Studie.⁵⁴⁰

⁵³⁷ vgl. Pongratz: Zum Umgang mit kindlichen Auffälligkeiten, S. 66ff.

⁵³⁸ „ebd.“, S. 182.

⁵³⁹ Bott: Kriminalitätsvorstellungen in der Kindheit. Eine explorative, kriminalsoziologische Studie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2008.

⁵⁴⁰ vgl. „ebd.“, S. 233ff.

5.3.4.2 Straftaten und Gewalterfahrungen von Kindern in Deutschland

5.3.4.2.1 Daten aus der Kriminalitätsstatistik für Nordrhein-Westfalen

Der Anteil der Unter-21-Jährigen an den in NRW ermittelten Straftaten ist zwischen 1999 und 2008 von 32% auf 28% gesunken. Zugleich gab es einen Anstieg in der absoluten Zahl an Straftaten in dieser Altersklasse um 0,7%, wobei v.a. die Körperverletzungsdelikte (+69%) zugenommen haben, während Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz am stärksten zurückgingen (um 28%). Die häufigsten Delikte im Kindes- und Jugendalter blieben aber trotz eines Rückgangs um 20% die Diebstahlsdelikte, die im Jahr 2008 38% aller Straftaten ausmachten.⁵⁴¹ In der Altersklasse der 8-14-Jährigen⁵⁴² sank die Tatverdächtigenbelastungszahl⁵⁴³ von 2.624 (1999) auf 2.080 (2008) ab. Die Zahl der Straftaten in dieser Altersklasse sank im Zehn-Jahres-Vergleich von ca. 33.200 auf ca. 24.400. Konstant über diesen Zeitraum wurden etwa 70% der Straftaten von Jungen begangen. Die meisten Delikte in dieser Altersklasse entfielen auf Sachbeschädigung und Diebstahl.⁵⁴⁴

Zwischen 1999 und 2008 stieg die Zahl der Kriminalitätsoffer (Gesamtbevölkerung) von 118.000 auf 216.000 deutlich an. Etwa ein Drittel aller Kriminalitätsoffer waren jünger als 21 Jahre und 60% der Opfer in der Altersklasse der Unter-21-Jährigen im Jahr 2008 waren männlich. Ebenso wie die Gesamtzahl aller Kriminalitätsoffer stieg auch die Zahl der Kinder (jünger als 14 Jahre) als Opfer von Straftaten von 15.700 auf 17.800 an.⁵⁴⁵

5.3.4.2.2 Studien zu Gewalterfahrungen von Kindern in Deutschland

Gewalterfahrungen in der Familie sind trotz eines Rückgangs von familiärer Gewalt in den letzten Jahrzehnten auch in der gegenwärtigen Generation Heranwachsender weiterhin (noch) eher die Regel als eine Ausnahme: So verzichtet nach eigenen Angaben (im Jahr 2003) lediglich etwa ein Fünftel aller Eltern (17%) in der Erziehung völlig auf körperliche Sanktion, während ein Viertel der Eltern (24%) sogar häufiger körperliche Gewalt anwendet.⁵⁴⁶

Mit drei repräsentativen Befragungen von Schülern in Bayern wurden im Längsschnitt in einem fünf-jährigen Abstand (1994, 1999 und 2004) die Gewaltsituationen an allgemein- und berufsbildenden Schulen erhoben.⁵⁴⁷ Da Kinder im Grundschulalter nicht Gegenstand der Untersuchungen waren, sollen im Folgenden nur die wesentlichen Ergebnisse rezipiert werden, deren Erkenntnis insofern für die Grundschule relevant scheinen, da sie Risikomuster aufzeigen, für die es bereits im Grundschulalter entsprechende Präventionsmaßnahmen zu entwickeln gilt. Im Zehn-Jahres-Vergleich kommen die Autoren der Studie zu dem

⁵⁴¹ vgl. Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen: Jugendkriminalität und Jugendgefährdung in Nordrhein-Westfalen, S. 2.

⁵⁴² Nach §19 (Strafgesetzbuch) gilt als schuldunfähig, wer bei Begehung der Tat noch nicht 14 Jahre alt ist.

⁵⁴³ Die Tatverdächtigenbelastungszahl (TVBZ) ist die Zahl der ermittelten Tatverdächtigen ab acht Jahren, errechnet auf 100.000 Einwohner des entsprechenden Bevölkerungsanteils. (vgl. Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen: Jugendkriminalität und Jugendgefährdung in Nordrhein-Westfalen, S. 8.).

⁵⁴⁴ vgl. „ebd.“, S. 18.

⁵⁴⁵ vgl. „ebd.“, S. 33.

⁵⁴⁶ vgl. Kolip/Lademann: Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 640.

⁵⁴⁷ Fuchs (u.a.): Gewalt an Schulen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2009.

Ergebnis, dass „[...] sich über die Zeit kein grundsätzlicher Anstieg der Gewalt von Schuljugendlichen nachweisen [lässt], sondern im Gegenteil seit einigen Jahren ein eindeutiger Rückgang, so gut wie durchgängig, im Wesentlichen unabhängig vom Geschlecht, dem Alter und dem Bildungsaspirationsniveau (bzw. der Schularart) [...]“ festzustellen ist.⁵⁴⁸

Generell konzentrierten sich Gewalterfahrungen auf eine relativ kleine Gruppe, die anhand der Merkmale *männliches Geschlecht, niedriger sozio-ökonomischer Status des Elternhauses, Hauptschul-Klientel* und *Migrationshintergrund* gekennzeichnet ist. Zudem zeigte sich ein enger Zusammenhang zwischen einer positiven Einstellung gegenüber Gewalt und den angegebenen Gewaltaktivitäten. Ein weiterer Zusammenhang zeigte sich zwischen der in der Familie erlebten Gewalt und den Gewalterfahrungen in der Schule, wobei sich dieser Zusammenhang bei den Gewaltopfern noch stärker auswirkt als bei den Gewalttätern. Die Autoren kommen daher zu dem Schluss: *„Wer in einem relevanten sozialen Kontext die Opferrolle ‘erlernt’ und übernimmt, macht dies auch eher in einem anderen sozialen Kontext (wie der Schule). [...] Dass der Medienumgang der Schülerinnen und (besonders) der Schüler mit ihrer Gewaltaktivität zusammenhängt, bestätigte sich ebenfalls, wobei - und das sollte ein wenig bedenklich stimmen - die Erklärungskraft seit 1994 deutlich gestiegen ist; dies bedeutet, dass sich die gewaltfördernde Wirkung bestimmter Medienarten (hier: Kriegs-, Horror-, Sexfilme) gesteigert hat. Besonders problematisch wird der Medienkonsum, wenn die gezeigte Gewalt positiv beurteilt wird und wenn die Schüler die Helden in den Filmen und Computerspielen als Verhaltensvorbilder für ihr alltägliches (Problembearbeitungs-)Verhalten empfinden.“*⁵⁴⁹

Eine Untersuchung des Bundesverbands der Unfallkassen zu Raufunfällen an Schulen der Jahre 1993-2003 kam zu den folgenden Ergebnissen:

- Im Jahre 2003 wurden von 8,3 Millionen Schülern in Deutschland ca. 94.000 in Folge aggressiver Handlungen verletzt.
- Die Raufunfallquoten sind auf die Gesamtstichprobe bezogen innerhalb der untersuchten zehn Jahre von 15,5 auf 11,3 Raufunfälle (pro 1.000 Kinder) gesunken. Weder quantitativ noch qualitativ (gemessen an der Häufigkeit von Frakturen) kann in dieser Hinsicht eine Zunahme der Gewalt an Schule diagnostiziert werden.
- Die höchste Raufunfallverletztenquote gab es an Hauptschulen (33 tätliche Auseinandersetzungen mit Verletzungsfolge pro 1.000 Schüler), Grundschulen wiesen mit einem Wert von fünf Verletzten (pro 1.000 Schüler) dagegen die niedrigste Quote auf. Zu beachten ist hierbei, dass nur Raufereien mit Verletzungsfolge erfasst wurden, ein solches Ausmaß dürfte bei Raufereien an Grundschulen im Vergleich mit weiterführenden Schulen eher selten erreicht werden.
- Jungen waren mit einem Anteil von 69% wesentlich häufiger an körperlichen Auseinandersetzungen mit Verletzungsfolge beteiligt als Mädchen.

⁵⁴⁸ „ebd.“, S. 347.

⁵⁴⁹ „ebd.“, S. 350.

- Die meisten Raufunfallverletzungen ereigneten sich während der Schul-Pause auf dem Schulhof, weiterhin geschahen immerhin ein Viertel aller aggressivitätsbedingten Verletzungen im Schulsport.⁵⁵⁰

Im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) wurden die Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen aus den zurückliegenden zwölf Monate im subjektiven Selbstbericht erfasst. Hierbei wurden die Kinder nach ihren Erfahrungen als Gewalt-Opfer und als Gewalt-Täter befragt. Allerdings wurde die Frage nur an die 11- bis 17-Jährigen gestellt, sodass für das Grundschulalter keine Daten vorliegen. Hinweise geben daher allenfalls die Zahlen für die Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen. In dieser Altersklasse gaben etwa drei Viertel der Kinder an, im letzten Jahr keine Gewalterfahrungen gemacht zu haben. Etwa 14% der Heranwachsenden sagten, dass sie ein- oder mehrmals Täter waren, 4% gaben an, Gewaltopfer geworden zu sein, und 6% waren sowohl Opfer als auch Täter von Gewalt gewesen.

Da die Kinder allgemein zu ihren Gewalterfahrungen befragt wurden, bleibt offen, was von den Kindern jeweils subjektiv als Gewalt definiert wurde. Wenn davon auszugehen ist, dass „Gewalt“ von Heranwachsenden noch häufig auf körperliche Gewalt reduziert wird⁵⁵¹, kann dies zu einer Verzerrung der Risikogruppen (s.u.) führen, etwa wenn in bestimmten Milieus (etwa an Gymnasien) Gewalt subtiler zum Ausdruck kommt als in anderen (etwa an Hauptschulen). Als weitere Einschränkung ist zu berücksichtigen, dass mit der KiGGS-Studie nicht zwischen häuslicher Gewalt und den Gewalterlebnisse in der Schule oder auf dem Schulweg unterschieden wurde.⁵⁵²

Als Risikopopulationen mit einer höheren Gewaltbelastung (Täter- und/oder Opfererfahrungen), sowie auch mit einer Bereitschaft, selbst Gewalt anzuwenden, wurden mit der KiGGS-Studie die folgenden Gruppen identifiziert:

- Jungen,
- Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status,
- Kinder mit Migrationshintergrund,
- Haupt- und Gesamtschüler.⁵⁵³

5.3.4.2.3 Ergebnisse zu den Gewalterfahrungen von Kindern aus dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Die Evaluationsstudie zum Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ (2002-2006) hatte die Untersuchung des Erfolges eines ganzheitlichen, umfassenden und langfristig angelegten Konzeptes zur Gesundheits- und Sicherheitserziehung in der Grundschule von der ersten bis zur vierten Klasse zum Ziel. Mit jährlichen Erhebungen (Motorik-Test, Kinderbefragung, Elternfragebogen) wurde die Wirksamkeit der Unterrichtseinheiten außerschulischer Institutionen (Polizei, Feuerwehr, gesetzliche Krankenkasse, regionales Energieversorgungsunternehmen, regionaler Anbieter im Öffentlichen

⁵⁵⁰ Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Gewalt an Schulen, S. 21.

⁵⁵¹ vgl. Schlack/Hölling: Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys, S. 824.

⁵⁵² vgl. „ebd.“, S. 822.

⁵⁵³ vgl. „ebd.“, S. 820ff.

Personennahverkehr) in zwei Versuchsklassen gegenüber einer aus acht Schulklassen bestehenden Kontrollgruppe beurteilt. Die Stichprobengröße umfasste in den zehn Schulklassen zum Einschulungszeitpunkt 210 Kinder, davon 46 aus der Versuchsgruppe. Bei den fünf Elternbefragungen füllten zwischen 118 (Ende des 3. Schuljahres) und 176 (Anfang des 1. Schuljahres) Eltern den jeweiligen Fragebogen aus. Eine Übersicht über die Stichprobe liefert Tabelle 9.3. Im Weiteren werden die für dieses Kapitel relevanten Hintergrundinformationen aus den Elternbefragungen dargestellt. Der Abschlussbericht mit weiteren Daten zum Projekt und den Evaluationsergebnissen zu den Interventionsmaßnahmen befindet sich in Kapitel 9.

Für den Ennepe-Ruhr-Kreis wurde für das Jahr 2008 in der Altersklasse der 8- bis 14-Jährigen eine Tatverdächtigenbelastungszahl (siehe Fußnote 543) von 1.757 angegeben. Der Ennepe-Ruhr-Kreis liegt demnach unterhalb des NRW-Durchschnitts (2.080), aber deutlich über den Belastungszahlen in den Kreisen mit der geringsten Kinderkriminalität (Kreis Olpe (1.216) und der Oberbergische Kreis (1.218)).⁵⁵⁴ Für die Altersklasse der 6- bis 10-jährigen Kinder im Schuleinzugsbereich der beiden beteiligten Städte verzeichnete die Kreispolizeibehörde zum Projektstartpunkt im Jahr 2001 nur vereinzelte Straftaten. Insgesamt wurden in beiden Städten 21 Straftaten von Kindern dieser Altersklasse erfasst, wovon sechs (29%) von Kindern aus A-Stadt begangen wurde und 15 (71%) auf Kinder aus B-Stadt zurückgingen. Da B-Stadt annähernd doppelt so viele Einwohner wie A-Stadt zählt, ist das Verhältnis der Straftaten zur Einwohnerzahl allerdings als nahezu gleich anzusehen. 81% der erfassten Straftaten waren Ladendiebstähle, vereinzelt musste wegen Brandstiftung, Körperverletzung oder Sachbeschädigung ermittelt werden.⁵⁵⁵

Einschätzung der Eltern

Mit dem Elternfragebogen zu Beginn des 1. Schuljahres wurde erfragt, welche Faktoren in den Augen der Eltern auf die Entstehung von kriminellem Verhalten den größten Einfluss haben, und welche Gruppen dem Entstehen von Kriminalität am ehesten entgegenwirken können. Hierbei zeigte sich, dass dem Freundeskreis von 90% der Eltern ein sehr starker Einfluss auf das Entstehen von Kinderkriminalität zugeschrieben wurde, die Beeinflussung durch das Elternhaus wurde für wesentlich geringer (66%) angesehen. Wenngleich den elektronischen Massenmedien von den Eltern der niedrigste Einfluss zugesprochen wurde, so vermutete doch immerhin jedes zweite Elternteil eine starke Wirkung des Fernsehen (53%) und von Computerspielen (50%) auf die Entstehung kriminellen Verhaltens.

Auf die Frage, welche Faktoren der Kriminalitätsentwicklung entgegenwirken könnten, wurde dem Elternhaus von ca. 90% der Eltern der stärkste Einfluss zuerkannt. Von den verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen schrieben die Eltern den Sportvereinen die größte Wirkung zu (72%), während der Einfluss der Kirchen und auch der elektronischen Massenmedien nur für gering eingeschätzt wurde. Erzieherische Maßnahmen von Seiten der Schule bzw. der Polizei wurden unterschiedlich bewertet: Über die Hälfte der Eltern glauben an einen starken

⁵⁵⁴ vgl. Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen: Jugendkriminalität und Jugendgefährdung in Nordrhein-Westfalen, S.13.

⁵⁵⁵ Unveröffentlichte Angaben durch die Kreispolizeibehörde Schwelm.

Einfluss dieser beiden Institutionen, ein Drittel der Eltern erwartete dagegen nur geringe Veränderungen auf Grund von schulischer oder polizeilicher Intervention.

Gewalterfahrungen/Schutzgelderpressung von Grundschulern

Am Ende des 3. und 4. Schuljahres wurden die Eltern befragt, wie häufig ihr Kind im zurückliegenden Schuljahr von gewaltförmigen Auseinandersetzungen berichtet hatte. Die Antworten sollten zum einen Aufschluss über die Wirkung der von der Polizei in diesem Zeitraum durchgeführten Maßnahmen zur Gewaltprävention liefern, zum anderen sollten damit Informationen über solche Straftaten gesammelt werden, die oft unterhalb der Schwelle dessen liegen, was bei der Polizei zur Anzeige gebracht wird. Um die Beurteilung für die Eltern zu vereinfachen, wurde sich in der Fragestellung auf körperliche Auseinandersetzungen beschränkt, wenngleich der Gewaltbegriff der Polizei explizit auch die nicht-körperlichen Aggressionen umfasste. Die Tabelle 5.19 zeigt, dass solche Gewalterfahrungen im Laufe des 3. Schuljahres von nahezu jedem vierten Kind berichtet wurden. Während sich zwischen den verschiedenen Schulen ($\chi^2=9,5<12,6$; $df=6$; $\alpha>0,05$) und zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe ($\chi^2=2,8<5,99$; $df=2$; $\alpha>0,05$)⁵⁵⁶ keine Unterschiede zeigten, waren Jungen signifikant häufiger in Auseinandersetzungen verwickelt als Mädchen ($\chi^2=12,2>9,21$; $df=2$; $\alpha>0,01$).

Tabelle 5.19: „Kam es im letzten Jahr zu körperlichen Auseinandersetzungen, Konflikten oder Prügeleien, an denen Ihr Kind beteiligt war?“

	Ja, sogar relativ häufig	Ja, aber nur relativ selten	Nein
Gesamt (n=112)	4 (3,6%)	21 (18,8%)	87 (77,6%)
Jungen (n=55)	4 (7,3%)	16 (29,1%)	35 (63,6%)
Mädchen (n=54)	-	5 (9,3%)	49 (90,7%)
3x fehlende Angabe des Geschlechts, 6x keine Angabe			

Nach der Entwicklung im letzten Schuljahr gefragt, antworteten etwa 13% der Eltern, dass derartige Konflikte „*eher zugenommen*“ hatten, während 23% angaben, es wären „*eher weniger geworden*“; 34% der befragten Eltern gaben an, dass die Vorfälle in „*etwa gleich geblieben*“ seien.⁵⁵⁷ Es ist demnach davon auszugehen, dass in den ersten beiden Schuljahren noch mehr körperliche Auseinandersetzungen stattgefunden hatten. Der Rückgang im 3. Schuljahr wurde v.a. für die Jungen berichtet, bei denen die Konflikte den Aussagen der Eltern nach um ca. 20% abgenommen hatten, während bei den Mädchen solche Auseinandersetzungen von vornherein eine Seltenheit waren. Die Tabelle 5.20 zeigt, dass im Laufe des 4. Schuljahres die körperlichen Auseinandersetzungen erneut geringfügig zurückgingen.

⁵⁵⁶ Da das „Mut tut gut“ – Streitschlichter-Programm der Polizei erst gegen Ende des 3. Schuljahres durchgeführt wurde, waren umfassende Veränderungen zwischen Versuchs- und Kontrollklassen für den erfragten Zeitraum noch nicht zu erwarten gewesen.

⁵⁵⁷ Weitere 31% der Eltern antworteten mit „*weiß nicht*“.

Tabelle 5.20: „Kam es im letzten Jahr zu körperlichen Auseinandersetzungen, Konflikten oder Prügeleien, an denen Ihr Kind beteiligt war?“

	Ja, sogar relativ häufig	Ja, aber nur relativ selten	Nein
	Absolute Zahlen (in %) +/- Veränderung gegenüber dem 3. Schuljahr		
Gesamt	3 (1,8%) -1,8%	29 (17%) -1,8%	139 (81,3%) +3,6%
Jungen	2 (2,4%) - 4,9%	22 (26,5%) -2,6%	59 (71,1%) +7,5%
Mädchen	1 (1,2%) +1,2%	6 (7,1%) -2,2%	77 (91,7%) +1,0%
Versuchsklassen	1 (2,5%) +2,5%	7 (17,5%) -5,6%	32 (80%) +3,1%
Kontrollklassen	2 (1,5%) - 4,0%	22 (16,8%) +0,4%	107 (81,7%) +3,6%

Weiterhin wird deutlich, dass wie bereits im 3. Schuljahr kein Unterschied bei den Antworten für die Versuchs- bzw. Kontrollgruppe ($\chi^2=0,1<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$) bestand, wohingegen die Eltern von Jungen weiterhin wesentlich häufiger von körperlichen Auseinandersetzungen berichteten als die Eltern von Mädchen. ($\chi^2=11,7>10,8$; $df=1$; $\alpha>0,001$).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass lediglich eine relativ kleine Gruppe von Schülern regelmäßig in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt war; vereinzelte Konflikte wurden aber immerhin für jeden vierten Jungen angegeben. Erfolge des Konflikttrainings der Polizei ließen sich durch die Angaben der Eltern weder am Ende des 3. Schuljahres, noch am Ende des 4. Schuljahres nachweisen - konnten allerdings mit der Kinderbefragung (vgl. Kapitel 9.5.3.2.5) festgestellt werden. Des Weiteren ließ sich ein schwacher Rückgang in der Konflikthäufigkeit beobachten, der bei den Jungen immerhin 8% der Kinder betraf. Dies wurde durch die Angaben der Eltern bestätigt, von denen 14% sagten, dass körperliche Auseinandersetzungen in den Erzählungen der Kinder eher abgenommen hatten. Dem standen 8% der Eltern gegenüber, die eine Zunahme an Konflikten registriert hatten.⁵⁵⁸ In Übereinstimmung mit den obigen Ergebnissen wurde eine Abnahme v.a. bei den Jungen angegeben (18%). Eine Zunahme wurde bei immerhin 11% der Eltern von Mädchen aufgeführt.

Mit einer weiteren Frage zu diesem Themenbereich wurden die Eltern gefragt, ob ihr Kind „im Laufe des letzten Schuljahres auf dem Schulweg von anderen Kindern bedroht worden“ war. Für das 3. Schuljahr bestätigten 18% der Eltern, dass ihnen ihr Kind von einem solchen Vorfall berichtet hatte, in einem Fall war dies sogar zum Befragungszeitpunkt aktuell der Fall gewesen. 72% der Eltern waren sich sicher, dass dies nicht geschehen war, während weitere 10% die Möglichkeit in Betracht zogen, dass ihr Kind davon nichts erzählt haben könnte. Auch hierbei waren Jungen (29% „Ja“-Antworten) stärker betroffen als Mädchen (6%). Kein Unterschied konnte zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Schüler, die auf dem Schulweg bedroht wurden, waren generell häufiger in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt ($\chi^2=13,3>10,8$; $df=1$; $\alpha=0,001$). Mit weiteren Fragen sollten die Formen und Ursachen der Bedrohung sowie die Reaktion der Eltern erfasst werden. Die folgenden Daten (Tabelle 5.21) beziehen sich daher nur auf die 20 Eltern, die die vorhergehende Frage bejaht hatten.

⁵⁵⁸ Weitere Antworten: 42% „sind etwa gleich geblieben“ und 36% „weiß nicht“.

Tabelle 5.21: Antworten zu Schulwegkonflikten im 3. Schuljahr (20 Fälle)

Item	Antworten	Kommentar
Die Bedrohung erfolgte über einen längeren Zeitraum.	3x „ja“ 16x „nein“ 1x „weiß nicht“	Die meisten Schulweg-Konflikte waren zeitlich begrenzt. Die drei „Ja“-Antworten verteilten sich auf drei der vier untersuchten Schulen.
Der oder die Täter gehen/gingen auf die gleiche Schule.	18x „ja“ 2x „nein“	Opfer und Täter gingen in der Regel auf die gleiche Schule, kamen evtl. sogar aus der gleichen Jahrgangsstufe/Klasse. Darauf weisen auch die Aussagen der Schüler zu vergleichbaren Fragen in der Kinderbefragung aus dem 3. Schuljahr hin, etwa, dass sich bei vielen Konflikten die Eltern des Opfers an die Eltern des Täters wenden, um den Konflikt beizulegen. Dies setzt voraus, dass sich Täter und Opfer kennen. In zwei Fällen besuchte der Täter eine andere Schule, wobei nicht auszuschließen ist, dass sich Täter und Opfer dennoch kannten.
Der oder die Täter verlangten Schutzgeld.	1x „ja“ 18x „nein“ 1x „weiß nicht“	Mit dieser Frage sollten aufschlussreiche Informationen über diese Form der Kinderkriminalität erfasst werden. In dem einen Fall, der berichtet wurde, ging der „Schutzgelderpresser“ auf die gleiche Schule wie das Opfer. Von Seiten der betroffenen Eltern wurde die Schule, nicht aber die Polizei, informiert.
Die Eltern haben die Schule/Polizei über den Konflikt informiert.	Schule: 13x „ja“ 7x „nein“ Polizei: 20x „nein“	In der Mehrzahl wurde die betroffene Schule über die Vorfälle informiert, die Polizei wurde in keinem Fall eingeschaltet. Die Kontaktaufnahme mit der Schule lag nahe, da die Täter und Opfer zumeist auf die gleiche Schule gingen.

Auf die gleiche Frage berichteten am Ende des 4. Schuljahres nur noch 7% (zehn Fälle) der Eltern (gegenüber 18% im Vorjahr), dass ihr Kind im Laufe des letzten Jahres von anderen Kindern auf dem Schulweg bedroht worden waren. Allerdings zogen immerhin 14% der Eltern es in Erwägung, dass ihnen ihr Kind davon nichts erzählt habe (2005: 10%). Die weiteren Antworten zu den Schulwegkonflikten ergaben:

- An der Versuchsschule 2 geschahen 70% der Fälle. Hier lag der Anteil der Eltern, deren Kinder eine solche Bedrohung berichtet hatten, bei ca. 14%.
- Es gab keine Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe.
- 80% aller Vorfälle wurden für Jungen geschildert. Damit bestätigte sich die Aussage vom Vorjahr. Bei Mädchen war jedoch die Unsicherheit der Eltern größer, dass ihnen ihr Kind von einer derartigen Situation nicht berichtet hatte/berichten würde (20% zu 8% bei den Jungen).
- Immerhin vier der zehn Bedrohungen erfolgten über einen längeren Zeitraum.
- Nur in einem Fall gingen Täter und Opfer nicht auf dieselbe Schule.
- In keinem Fall wurde von einer Schutzgeldforderung berichtet.
- In $\frac{3}{4}$ der Vorfälle wurde die zugehörige Schule, in keinem Fall die Polizei informiert.

5.3.4.2.4 Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion

Die Ergebnisse der Elternbefragungen im Projekt „Gut drauf!“ belegen, dass Gewalterfahrungen zum Kinderalltag dazugehören. Im 3. Schuljahr berichteten 4% der Kinder gegenüber ihren Eltern von häufigen und ca. 20% von gelegentlichen körperlichen Auseinandersetzungen; im Laufe der Grundschulzeit werden diese seltener. Jungen waren in Übereinstimmung mit den bestehenden Daten zur Kinder-Gewalt häufiger an gewaltförmigen Situationen beteiligt als Mädchen. Schwerwiegende Konflikte wurden weder in den Fragebögen noch informell von den beteiligten Lehrkräften in den Projektsitzungen geäußert. Auch in den Unfallberichten (vgl. Kapitel 5.3.3.2.3) wurde in keinem der vier Schuljahre von einer Raufunfall-Verletzung berichtet. Dies bestätigt die Aussage, dass gewaltförmige Konflikte im Grundschulalter zwar häufig auftreten, dabei aber zumeist glimpflich verlaufen.

In einigen wenigen Fällen im 3. Schuljahr wurden die Kinder über einen längeren Zeitraum hinweg auf dem Schulweg bedroht, in einem Fall wurde von einer Schutzgeld-Erpressung berichtet. Kennzeichnend war, dass sich Opfer und Täter in der Regel kannten, oder zumindest auf die gleiche Schule gingen. Hieraus können sich stabile Opfer-Täter-Beziehungen (so genanntes „*Bullying*“) ⁵⁵⁹ ergeben, die selbst wenn sie keine unmittelbar körperlichen Verletzungen verursachen, erhebliche psychische Folgen haben können, mit deren Bewältigung die Kinder vielfach überfordert sein dürften. Die Prävention von Kinder-Gewalt sollte daher nicht nur bei den Tätern ansetzen (siehe hierzu Kapitel 5.3.4.3), sondern auch den potenziellen Gewaltopfern Kompetenzen und Techniken zum Verhalten im Konflikt vermitteln, und Ressourcen vermitteln, wie ein - unter Gewalttätigkeit anderer Schüler - leidendes Kind, Hilfe und Unterstützung finden kann. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys deuten ⁵⁶⁰ - ebenso wie die etwa 10-15% der Eltern aus dem „Gut drauf!“-Projekt, die es für möglich halten, dass ihnen ihr Kind nicht von körperlichen Auseinandersetzungen und erlebten Bedrohungssituationen berichtet hat, - darauf hin, dass die Erfahrung der Opfer-Rolle eine erhebliche Belastung für das Selbstkonzept des Kindes darstellt, sodass es teilweise vermieden wird, sich und anderen diese Erfahrung einzugestehen. Die Maßnahmen zur Gewaltprävention im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ versuchten daher gerade auch die Kompetenzen potentieller Gewaltopfer zur Bewältigung derartiger Konflikte zu erhöhen (vgl. Kapitel 9.3).

5.3.4.3 Ansätze zur Gewaltprävention

Pongratz (2000) kritisiert, „[...] dass bislang die Prävention kindlicher Delinquenz in der Grundschule kein Thema der Lehrerbildung ist. Selbst wenn diese Problematik im Vorfeld angesprochen wird, fehlen den Lehrern anschließend dennoch grundlegende Kenntnisse für die Schulpraxis. [...] Daher wäre es wünschenswert, in diesem Bereich eine Veränderung herbeizuführen. Lehrer zu befähigen, in dem ihnen zugewiesenen Aufgabenfeld in der Weise arbeiten zu

⁵⁵⁹ vgl. Schlack/Hölling: Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. In: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, S. 824.

⁵⁶⁰ Die Differenz zwischen Täter- und Opfer-Zahlen (s.o.) können auch dahingehend interpretiert werden, dass das Eingeständnis der Opfer-Rolle schwerer fällt als das Geständnis der Täter-Rolle.

können, dass Störungen durch Schülerdelinquenz kontrollierbar bleiben, erscheint als ein selbstverständlicher Schwerpunkt pädagogischer Ausbildung.“⁵⁶¹

Auf Grund der unter 5.3.4.1 aufgezeigten, zu erwartenden multifaktoriellen Zusammensetzung gewaltauslösender Ursachen erscheint ein multimodales Vorgehen nötig, um dem Entstehen bzw. der Etablierung von aggressiven Verhaltensweisen entgegenzuwirken. Im Rahmen der Verhältnisprävention gilt es, die Schule auf verschiedenen Ebenen als einen gewaltfreien Lebensraum zu gestalten. Dies fängt bei der baulichen Gestaltung von Schulgebäude und Schulhof an und endet bei der Unterrichtsgestaltung, etwa bei der Etablierung und Einhaltung von Klassenregeln. Mehr noch als bei den anderen vorgestellten Präventionsfeldern ist die Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus, ggf. auch unter Einbeziehung eines Schulpsychologen, sinnvoll, teilweise sogar unumgänglich. Weitere, der Verhältnisprävention zuzuordnenden Maßnahmen wären die Einrichtung von Schulsport- oder sonstigen Arbeitsgemeinschaften, in denen die Schüler außerhalb des regulären Unterrichts Kompetenzen, Lernerfolge und Selbstvertrauen erwerben können. Hierbei ist die Grenze zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention fließend. Ziel ist die Förderung eines angst- und gewaltfreien Schul- und Klassenklimas im Setting-Ansatz (vgl. Kapitel 7.4). Es geht um die Etablierung einer gewaltfreien Konfliktkultur, eines gewaltfreien Schulethos.

„Schulethos ist etwas anderes als ein verordneter Verhaltenskatalog. Schulethos ist eine von allen getragene Überzeugung und Einstellung, wie die Schule sein soll und was die Voraussetzung des Zusammenlebens sind. [...] Gewaltprävention in der Schule wird in der wissenschaftlichen Diskussion zunehmend in Kombination mit bzw. als Teil von Schulentwicklung verstanden. Dies machte Sinn, wenn man Gewalt in der Schule nicht als individuelles Fehlverhalten begreift, sondern die Institution Schule mit in die Verantwortung einbezieht. [...] Maßnahmen der Gewaltprävention werden so in ein umfassendes Konzept von Schule integriert, bei dem Schülerinnen und Schüler beteiligt werden.“⁵⁶²

Eine solche Möglichkeit, die Kinder direkt an der Gestaltung einer freien Schul-Umwelt mitverantwortlich zu beteiligen, besteht über die Einrichtung von so genannten „Streitschlichter-Programmen“, sie sind beispielhaft für die Verzahnung von Gewaltprävention, Konflikttraining und sozialem Lernen. Die Schüler übernehmen dabei die Rolle von geschulten Streitschlichtern (Mediatoren), an die sich die anderen Kinder in Konfliktfällen wenden können, um gemeinsam - ohne die Autorität eines Erwachsenen - eine für beide Konfliktparteien akzeptable Problemlösung zu finden. Die Vermittler unterstützen die Streitenden darin, ihre Anliegen und Gefühle auszudrücken, die Ursachen des Konflikts zu klären und achten im Wesentlichen auf einen gewaltfreien Austausch und die Einhaltung der Grundregeln. Zu diesen Grundregeln gehört es:

- die Rolle und Funktion des Streitschlichters zu akzeptieren,
- sich gegenseitig ausreden lassen und zuzuhören,
- der Verzicht auf Beleidigungen und Handgreiflichkeiten,
- die Bereitschaft zu einer gemeinsamen Konfliktlösung,

⁵⁶¹ Pongratz: Zum Umgang mit kindlichen Auffälligkeiten, S. 183.

⁵⁶² Gugel: Handbuch Gewaltprävention in der Grundschule, S. 96-99.

- die Akzeptanz und das Einhalten einer gemeinsam vereinbarten Konfliktlösung.⁵⁶³

Die Einführung solcher Mediationsprogramme zeigt in Schüler selbstberichten einen deutlichen Präventionserfolg. Die Gewalterfahrungen von Schülern sind an Schulen mit Streitschlichter-Programmen niedriger als von Schülern, an deren Schulen solche Programme nicht vorhanden sind.⁵⁶⁴

Bei Maßnahmen der Verhaltensprävention gilt es zunächst, bei allen Kindern Schutzfaktoren aufzubauen (hohe personale und soziale Kompetenzen), um daran anschließend zusätzlich solchen Kindern, mit einer hohen Gewaltbereitschaft, durch multimodale Programme gezielt Verhaltensalternativen zu vermitteln.⁵⁶⁵ Die verschiedenen Ansätze gehen in der Regel von der Annahme aus, dass Aggression und Gewalt häufig mit mangelnden sozialen Kompetenzen und Defiziten in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung einhergehen.⁵⁶⁶

Exemplarisch für Programme, die primärpräventiv arbeiten und die die personalen und sozialen Kompetenzen aller Kinder schulen, wird das „FAUSTLOS“-Curriculum vorgestellt. Als eine eher sekundärpräventive Maßnahme, die sich mit gewaltbereiten Kindern auseinandersetzt, wird daran anschließend das „*Training mit aggressiven Kindern*“ von Petermann/Petermann (2008) beschrieben.

Ein Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem Verhalten an Grundschulen ist das aus 51 Lektionen (vom 1. Schuljahr bis zum 3. Schuljahr) bestehende „FAUSTLOS“-Programm, das zum Ziel hat, die Empathiefähigkeit, die Impulskontrolle und den Umgang mit Ärger und Wut zu verbessern.⁵⁶⁷ Eine verbesserte Empathiefähigkeit soll den Kindern helfen, „[...] *den emotionalen Zustand anderer Menschen zutreffend einzuschätzen, die Perspektive anderer Menschen zu übernehmen und emotional angemessen auf diese zu reagieren*“⁵⁶⁸. Den ersten Schritt hierzu stellt die richtige Wahrnehmung und Deutung körpersprachlicher Signale dar. Die Zuordnung und Differenzierung von Mimik und Gestik und den dazugehörigen Gefühlen soll erlernt und geschult werden. Kinder, die sich impulsiv verhalten, werden oft missverstanden und falsch eingeschätzt. Häufig liegen ihrem Verhalten keine aggressiven Intentionen zu Grunde, es löst aber auf Grund von Fehlinterpretationen dennoch einen Konflikt aus. Der Fokus liegt dabei gleichermaßen auf der Deutung (und Akzeptanz) der eigenen Gefühle wie auch der Gefühle anderer. Durch das Durchspielen fiktiver Situationen und Einüben von Handlungsalternativen werden die Kinder auf reale Konfliktsituationen vorbereitet.

⁵⁶³ „ebd.“, S. 261ff.

⁵⁶⁴ vgl. Klett: Gewalt an Schulen, S. 105.

⁵⁶⁵ Petermann/Koglin: Aggressivität und Gewalt. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 128.

⁵⁶⁶ vgl. Petermann/Reuber: Aggression und Gewalt. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 243.

⁵⁶⁷ Cierpka: FAUSTLOS - wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen (6. Auflage). Freiburg: Herder 2009.

⁵⁶⁸ Schick/Cierpka: Prävention gegen Gewaltbereitschaft an Schulen: das FAUSTLOS-Curriculum. In: Cierpka (Hrsg.): Möglichkeiten der Gewaltprävention, S. 244.

Der Umgang mit impulsivem Verhalten ist der zweite Baustein des „FAUSTLOS“-Curriculums. „FAUSTLOS“ verfolgt bei der Impulskontrolle zwei Strategien: Zum einen wird das zwischenmenschliche Problemlösen gefördert und zum anderen werden die sozialen Verhaltensfähigkeiten trainiert. Zur Impulskontrolle vermittelt das Programm ein Problemlöseverfahren in fünf Schritten. Die Schüler lernen ihre Probleme systematisch anhand der folgenden Punkte zu analysieren:

- *„Was ist das Problem?“*
- *Welche Lösungen gibt es?*
- *Frage dich bei jeder Lösung:*
 - *Ist sie ungefährlich?*
 - *Wie fühlen sich die Beteiligten?*
 - *Ist sie fair?*
 - *Wird sie funktionieren?*
- *Entscheide dich für eine Lösung und probiere sie aus.*
- *Funktioniert die Lösung? Wenn nicht, was kannst du jetzt tun?“⁵⁶⁹*

Mit dem dritten Baustein von „FAUSTLOS“ sollen die Schüler lernen, konstruktiv mit den Gefühlen von Ärger und Wut umzugehen. Die Kinder erwerben Techniken, mit denen sie Stress bewältigen können, ohne dabei ihre Emotionen unterdrücken zu müssen. Sie lernen unsoziales und unfaires Verhalten zu korrigieren und alternative Lösungswege zu entdecken. In den entsprechenden Lektionen werden körperliche Entspannungstechniken mit kognitiven Strategien der Selbstinstruktion verknüpft. Die Schüler sollen lernen, ihre Aggressionen anhand der folgenden Schritte zu kontrollieren:

- *„Wie fühlt sich mein Körper an?“*
- *Beruhige dich:*
 - *Hole dreimal tief Luft.*
 - *Zähle langsam rückwärts.*
 - *Denke an etwas Schönes.*
 - *Sage: 'Beruhige dich' zu dir selbst.*
- *Denke laut über die Lösung des Problems nach.*
- *Denke später noch einmal darüber nach.“⁵⁷⁰*

Mit dem letzten Schritt sollen die Kinder lernen, ihr eigenes Verhalten im Nachhinein zu reflektieren und beurteilen, ob sie die angestrebten, gewaltfreien Verhaltensweisen erfolgreich angewendet haben. Dieser Schritt bildet ebenso wie die Antizipation potenzieller Konflikte eine zentrale Phase, um eine langfristige Verhaltensänderungen erreichen zu können.⁵⁷¹

Im Umgang mit Kindern, die durch eine besonders hohe Gewaltbereitschaft auffallen, empfiehlt es sich, die in der Schule eingerichteten Maßnahmen für alle Kinder durch bestehende (und bewährte) Programme für besonders verhaltensauffällige Kinder zu ergänzen. Ziel des „*Trainings mit aggressiven Kindern*“ ist es, dem gewaltbereitem Kind Verhaltensalternativen aufzuzeigen, durch die das aggressive Verhalten „*zunehmend überflüssig*“ wird, da das Kind lernt, wie es seine Bedürfnisse nach

⁵⁶⁹ Krannich (u.a.): FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46/1997, S. 239.

⁵⁷⁰ „ebd.“, S. 241.

⁵⁷¹ vgl. „ebd.“, S. 244.

Anerkennung oder Selbstbehauptung durch die aufgezeigten Verhaltensweisen befriedigen kann. Das Programm basiert auf den drei Elementen:

- Beziehungsaufbau
- Verhaltensmodifikation beim Kind
- Eltern- und Familienberatung.

Die Arbeit mit dem Kind findet zunächst im Einzeltraining (8-13 Sitzungen) und wird dann im Gruppentraining (7-14 Sitzung) fortgesetzt. Im Einzeltraining sollen die Kinder eine realitätsgerechte Selbst- und Fremdwahrnehmung entwickeln, Möglichkeiten der Selbstbeherrschung einüben und Alternativen zum aggressiven Verhalten kennenlernen. Im Gruppentraining werden die erworbenen sozialen Kompetenzen in einer realitätsähnlichen Situation gefestigt. Auf der methodisch-didaktischen Ebene arbeitet das Programm im Wesentlichen mit Token-Systemen, Rollenspielen und Entspannungstechniken.

Mit der Eltern- und Familienberatung soll die familiäre Situation des Kindes dahingehend verändert werden, dass diese eine unterstützende Wirkung auf das Kinder-Training ausüben kann. Die Eltern erwerben Techniken zur Verhaltensbeobachtung und der Verhaltensstärkung und werden darüber hinaus angeleitet, familiäre Probleme zu reflektieren und eigenständig zu lösen. Die kurzfristige wie langfristige Wirksamkeit des Programms konnte in zahlreichen Einzelfall- und mehreren Gruppen-Studien nachgewiesen werden.⁵⁷²

5.4 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

In diesem Kapitel wurde ein Überblick über den Gesundheitszustand und über Gesundheitsrisiken von Grundschulkindern in Deutschland gegeben. Die Gesamtdarstellung wurde in einigen bedeutsamen Präventionsfeldern konkretisiert. Hierzu wurde der jeweils vorliegende Forschungsstand mit Daten aus dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ in Beziehung gesetzt. Dabei wurden weitgehend Daten aus der „Peripherie“ des Projektes dargestellt - hauptsächlich Informationen aus dem Motorik-Test und der Elternbefragung. Die Evaluation der durchgeführten Interventionsmaßnahmen ist im Kapitel 9 nachzulesen. Jedem der vier dargestellten Präventionsbereiche (Bewegungsförderung, Ernährungserziehung, Unfallprävention, Gewaltprävention) liegen eine eigene Ätiologie, spezifische Risikogruppen und von beidem abhängig unterschiedliche Konsequenzen für die Gesundheitsförderung zu Grunde. Im Weiteren sollen die wesentlichen Ergebnisse des Kapitels nochmals zusammengefasst werden:

Die Ergebnisse der internationalen HBSC-Studie belegen (vgl. Kapitel 5.1) mit Schwerpunkt auf das subjektive Gesundheitserleben bei 11-Jährigen, dass – obwohl die Kindheit den gesündesten Lebensabschnitt darstellt – gesundheitliche Beschwerden durchaus zum Alltag vieler Kinder dazugehören: 11% der Jungen und Mädchen bezeichnen ihren Gesundheitszustand nur als „einigermaßen“ oder sogar

⁵⁷² vgl. Petermann/Petermann: Training mit aggressiven Kindern, S. 337ff.

als „schlecht“; konkrete gesundheitliche Beschwerden werden von etwa jedem fünften Kind berichtet. Die Prävalenzen liegen in Deutschland für die Mehrheit der abgefragten Gesundheitsstörungen unterhalb des internationalen Durchschnitts, auffällig ist einzig die hohe Zahl an Heranwachsenden in Deutschland, die sich selbst als „zu dick“ bezeichnen.

Weiterhin zeigen sich erhebliche gesundheitliche Unterschiede zwischen Kindern aus verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen. Das Kapitel 5.2 widmete sich dem schon länger bekannten Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Ungleichheit und wies eine höhere gesundheitliche Belastung für Kinder aus Familien mit sozio-ökonomisch ungünstigen Rahmenbedingungen aus. Dieser Zusammenhang ist in den letzten Jahrzehnten zunehmend in den Fokus sozialwissenschaftlicher Forschungen gerückt und ist nicht nur Deutschland, sondern für alle westeuropäischen Industrienationen gültig.

Im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ wurden soziale Unterschiede über die Auswahl der Schulen mit verschiedenen Einzugsgebieten und entsprechenden Bevölkerungsklientelen berücksichtigt (vgl. Kapitel 9.2.1). Speziell die Kinder und Eltern der Versuchsschule 2 sollten diese eher sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen repräsentieren. Auffällig waren die für diese Schule erhobenen Daten in mehrerer Hinsicht (im Vergleich mit den anderen Schulen):

- höchster Anteil an Kindern, die mit psychomotorischen Defiziten eingeschult wurden (vgl. Tabelle 5.9);
- niedrigste Sportvereins-Aktivitäten sowohl bei Eltern wie auch bei Kindern (vgl. Tabelle 5.9);
- höchster Medienkonsum bei den Kindern (vgl. Tabelle 5.9);
- in den Antworten der Elternbefragung kam ein geringerer Stellenwert gesunder Ernährung zum Ausdruck; die angebotenen Kochabende fanden auf Grund geringer Resonanz an der Versuchsschule 2 nicht statt (vgl. Kapitel 5.3.2.3);
- die Schüler der Versuchsschule 2 berichteten zumindest im 4. Schuljahr häufiger von Gewalterlebnissen als die Schüler anderer Schulen (vgl. Kapitel 5.3.4.2.3).

Weitere bekannte Unterschiede, die auch in den „Gut drauf!“-Erhebungen repliziert werden konnten, betreffen die unterschiedliche Morbidität bei Jungen und Mädchen. Hierbei fiel auf, dass Jungen im Vergleich zu den Mädchen:

- stärker durch Übergewicht in ihrer psychomotorischen Leistungsfähigkeit eingeschränkt wurden (vgl. Tabelle 5.8);
- häufiger in einem Sportverein aktiv waren (vgl. Tabelle 5.18);
- tendenziell (aber nicht signifikant) eine höhere Unfallbelastung hatten (vgl. Abbildung 5.19b);
- als Radfahrer seltener Schutzkleidung trugen (vgl. Kapitel 5.3.3.3);
- häufiger von körperlichen Auseinandersetzungen und Gewalterfahrungen berichteten (vgl. Kapitel 5.3.4.2.3).

Weitere Ergebnisse aus den im Kapitel 5.3 dargestellten, im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ erhobenen Daten waren:

- Die Gesamtstichprobe zeigte zum Erhebungszeitpunkt erhebliche psychomotorische Defizite, die aber bereits am Ende des 1. Schuljahres aufgehoben waren. Die vielfach postulierten Bewegungsdefizite konnten daher mit Blick auf den gesamten Grundschulzeitraum nicht bestätigt werden.
- Übergewicht/Adipositas reduzieren die psychomotorische Leistungsfähigkeit: Über alle fünf Erhebungszeiträume berechnet verminderte Übergewicht den Gesamt-MQ-Wert um 5,7% und Adipositas sogar um 18,4%.
- Multimedialer Konsum (Fernsehen, PC, Spielkonsole) gehört bereits im 1. Schuljahr für mehr als die Hälfte der Kinder zum Alltag hinzu. In der Nutzungshäufigkeit zeigen sich große Unterschiede. Für die Mehrzahl der Kinder ist der Medienkonsum im Vergleich zur sportlichen Betätigung oder dem Draußen Spielen aber weniger attraktiv, eine Verdrängungshypothese kann demnach nicht gestützt werden (vgl. Kapitel 5.3.1.3).
- Bereits im 1. Schuljahr konnten die Schüler mehrheitlich (ca. 90% richtige Antworten) verschiedene Obstsorten mit Namen benennen und auch ungesunde von gesunder Kost unterscheiden.
- Etwa 15% der Kinder kamen im 3. Schuljahr ohne Frühstück zur Schule (entspricht den Ergebnissen anderer Studien), 8% verzichteten auf ein Pausenbrot. Eher ungesunde Pausenbrote (Schokoladen-Brötchen u.ä.) wurden von ca. 10-15% der Kinder gegessen (vgl. Kapitel 5.3.2.2).
- 40% der Kinder waren bereits vor der Einschulung mindestens einmal auf Grund einer Unfallverletzung in ärztlicher Behandlung gewesen.
- Während der vier Grundschuljahre lagen die jährlichen Unfallverletzungen (mit ärztlicher Behandlung) zwischen 14,3% und 18,4% der Kinder. Die Zahlen entsprechen repräsentativen Unfallstatistiken.
- Die Unfallzahlen der Versuchsgruppe konnten im Vergleich mit der Kontrollgruppe nicht gesenkt werden.
- Verkehrsunfälle kamen nur in Einzelfällen vor. In den ersten beiden Schuljahren überwogen Sturzunfälle, im 3. und 4. Schuljahr lagen die Unfallschwerpunkte bei den Sport- und Reitunfällen (vgl. Kapitel 5.3.3.2.3).
- Schutzkleidung beim Radfahren und Inline-Skaten wurde von der Mehrheit der Kinder getragen, 96% der Kinder trugen (im 3. Schuljahr) einen Fahrradhelm, 70% nutzten Protektoren beim Skaten/Rollschuhlaufen (vgl. Kapitel 5.3.3.3).
- Im 3. Schuljahr berichteten 4% der Kinder (nach Aussage der Eltern) von häufigen und weitere 19% von seltenen körperlichen Auseinandersetzungen mit anderen Kindern; 18% sagten, dass sie im zurückliegenden Schuljahr auf dem Schulweg bedroht worden waren. Im 4. Schuljahr waren es noch 2% („häufig“) und 17% („selten“) der Kinder, die von körperlichen Auseinandersetzungen berichtet hatten. Deutlich zurückgegangen (von 18% auf 7%) waren solche Vorfälle, in denen Kinder auf dem Schulweg bedroht wurden. Die Anzahl der Gewalterfahrungen nahm vom 2. bis zum 4. Schuljahr kontinuierlich ab.
- Auf die Entstehung von Kinderkriminalität schrieben 90% der Eltern dem Freundeskreis einen sehr starken Einfluss zu. Bei der Vermeidung von Kinderkriminalität wurde dem Elternhaus die größte Wirkung zuerkannt (vgl. Kapitel 5.3.4.2.3).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der Fülle der erfassten Daten kaum Besonderheiten der „Gut drauf!“-Stichprobe im Vergleich zu den für den jeweiligen Präventionsbereich vorliegenden Erkenntnissen zu beobachten waren. Bekannte

geschlechts- und milieuabhängige Zusammenhänge konnten in ihrem Einfluss auf die Gesundheit von Kindern mehrheitlich bestätigt werden und erwiesen sich, z.B. bei den Unfallzahlen, für bedeutsamer als die Einflüsse der Interventionsmaßnahmen.

6 Grundlagen des Gesundheitsverhaltens/-handelns

Insofern davon auszugehen ist, dass die im 5. Kapitel aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern nicht ausschließlich das Ergebnis von angeborenen Dispositionen (z.B. bei ernährungsbedingten Erkrankungen) oder von Zufällen (etwa bei Unfällen) sind, muss zumindest ein Teil der interindividuellen gesundheitlichen Unterschiede durch das Gesundheitsverhalten/-handeln bedingt sein. In diesem Kapitel sollen verschiedene Modelle diskutiert werden, die zu erklären versuchen, warum Menschen ein Gesundheitsverhalten zeigen bzw. unterlassen.

Mit dem Begriff „*Gesundheitsverhalten*“ werden Verhaltensweisen bezeichnet, „[...] *die vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnisse als für deren Gesundheit förderlich, riskant oder schädlich (im Sinne der potenziellen Verursacher von Krankheiten) gewertet werden können.*“⁵⁷³ Faltermaier (2005) gibt zu bedenken, dass das Gesundheitsverhalten - im Alltagsverständnis von Nichtmediziner, aber auch im Denken von gesundheitswissenschaftlichen Experten - häufig noch als das Gegenteil eines Risikoverhaltens betrachtet wird, wodurch weiterhin eine veraltete Sicht auf Gesundheit und Krankheit als zwei dichotome Zustände implizit wirksam ist. Insofern Gesundheitsverhalten darauf reduziert wird, Krankheit zu verhindern, hat sich die salutogene Perspektive, Gesundheit durch das Verhalten permanent aufrechtzuerhalten, seiner Ansicht nach noch nicht umfassend durchgesetzt.⁵⁷⁴ Faltermaier bevorzugt daher zur Abgrenzung gegenüber dem aus einer behavioristischen Tradition hervorgehenden Begriff „*Gesundheitsverhalten*“, den Begriff „*Gesundheitshandeln*“. Der Begriff „*Gesundheitsverhalten*“ ginge von einem Reiz-Reaktions-Grundsatz aus, wohingegen der stärker sozialwissenschaftlich geprägte Begriff des „*Gesundheitshandelns*“ betont, dass „[...] *das Individuum in einem subjekttheoretischen Ansatz subjektiv sinnvoll, mehr oder weniger kompetent und bewusst, auf persönliche Ziele ausgerichtet [handelt] und dabei notwendigerweise in einem sozialen Kontext [steht].*“⁵⁷⁵

Diese konzeptionelle Unterscheidung wird im Weiteren beibehalten. Zunächst werden dabei aus einer gesundheitspsychologischen Perspektive heraus verschiedene **Gesundheitsverhaltensmodelle** dargestellt (vgl. Kapitel 6.1). Nach Schwarzer (2004) lassen sich diese Gesundheitsverhaltensmodelle ihrerseits in zwei Gruppen einteilen: kontinuierliche Prädiktionsmodelle und dynamische Stadienmodelle. In den kontinuierlichen Modellen wird die Wahrscheinlichkeit für ein bestimmtes Verhalten über die Ausprägung bestimmter, als weitgehend unveränderbar vorliegender Variablen hergeleitet. Dynamische Gesundheitsverhaltensmodelle betonen dagegen die Entwicklungsperspektive menschlichen Verhaltens, das heißt das Gesundheitsverhalten wird als ein Prozess angesehen, in dem auf jeder Stufe ein anderes Prädiktionsmodell gültig sein kann.⁵⁷⁶

„Die Entwicklung von Gesundheitsverhalten wird als ein Prozess gesehen, der bei der Risikowahrnehmung beginnt und über die Bildung von Erwartungen, Absichten

⁵⁷³ von Troschke: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 529.

⁵⁷⁴ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 134; 172f.

⁵⁷⁵ „ebd.“, S.190.

⁵⁷⁶ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 39f.

und ersten Verhaltenserfahrungen bis zur Stabilisierung protektiven oder problematischen Verhaltens geht.“⁵⁷⁷

Dabei ist zu bedenken, dass die verschiedenen Konzepte für das Erwachsenen- bzw. Jugendalter entwickelt wurden, weshalb sie sich nicht uneingeschränkt auf das Kindesalter übertragen lassen. Mangels entsprechender Ansätze für das Kindesalter liefern sie dennoch zumindest Ausgangspunkte für eine systematische Annäherung.

Nach der Rekonstruktion dieser gesundheitspsychologischen Perspektive wird daran anschließend in Kapitel 6.2 ein Modell des **Gesundheitshandelns** entwickelt, in dem gleichermaßen psychologische, soziologische und pädagogische Erkenntnisse einfließen. Gesundheitshandeln wird dabei nicht alleine nur als ein Bewältigungshandeln begriffen, das erst dann ausgeführt wird, wenn eine gesundheitsbelastende Situation (ein Stressor) eintritt, sondern es wird in erster Linie proaktiv verstanden - etwa im Bewegungs- oder Ernährungsverhalten. Die theoretische Grundlage hierfür liefert das Modell der Salutogenese, welches bereits zu Beginn der Arbeit (vgl. Abbildung 2.1) skizziert worden ist, in dem Gesundheit und Krankheit aus der Wechselwirkung von belastenden und entlastenden Faktoren hervorgehen. Das Gesundheitshandeln ist im Salutogenese-Modell das Ergebnis von kognitiven Dispositionen, gebündelt im Kohärenzgefühl, und den vorhandenen Ressourcen. In einem solchen Modell des Gesundheitshandelns gilt es weitere zentrale Aspekte (etwa sozio-demographische Merkmale) und Prozesse (etwa eine Kosten-Nutzen-Analyse im Vorfeld gesundheitsförderlichen Verhaltens) aufzugreifen.

Weiterhin werden parallel zu den Modellen des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitshandelns grundlegende Variablen (Merkmale, Dispositionen, Einflussgrößen, ...) diskutiert und bestimmt, die für das gesundheitsbezogene Verhalten/Handeln von Menschen im Alltag als relevant anzusehen sind. Insgesamt führt dieses Kapitel verschiedene, im bisherigen Verlauf der Arbeit diskutierte Themen zusammen, ehe dann in den weiteren Kapiteln Möglichkeiten der Gesundheitsförderung an der Grundschule aufgezeigt werden.

6.1 Gesundheitsverhaltensmodelle

6.1.1 Kontinuierliche Gesundheitsverhaltensmodelle

Eines der bekanntesten Konzepte zum Gesundheitsverhalten stellt das „Health Belief -Modell“ von Becker/Rosenstock aus den 1960er Jahren dar. Gesundheitsbezogenes Verhalten wird in diesem Modell als das Resultat von Kosten-Nutzen-Rechnungen angesehen (vgl. Abbildung 6.1).

⁵⁷⁷ Jerusalem: Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 40.

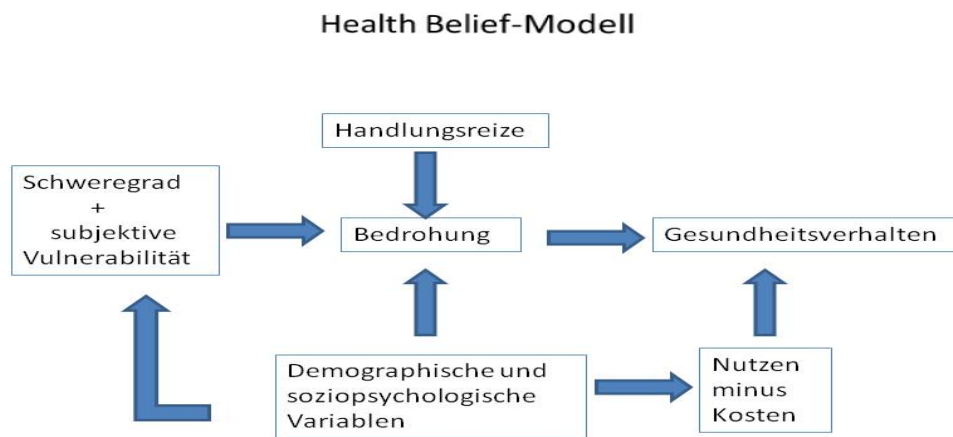


Abbildung 6.1: Health Belief-Modell, nach: Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 41.

Ausgangspunkt des Modells bildet die subjektiv wahrgenommene *Vulnerabilität*, das heißt, wie anfällig sich eine Person für eine bestimmte Krankheit wähnt. Dem Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass je höher eine Person ihr persönliches Erkrankungsrisiko einschätzt, desto stärker ist sie motiviert, sich präventiv zu verhalten, um die Erkrankung zu verhindern. Dieser subjektiven *Bedrohungs*-Beurteilung werden die *Kosten* (Zeit, Handlungsaufwand, ökonomische Kosten), die ein bestimmtes Gesundheitsverhalten erfordert, und der *Nutzen*, den die Vermeidung der Krankheit darstellen würde, gegenübergestellt. Aus der Kosten-Nutzen-Analyse folgt, ob ein bestimmtes *Gesundheitsverhalten* letztlich gezeigt, oder unterlassen wird. *Demographische und sozialpsychologische Variablen* sowie weitere von außen kommende *Handlungsanreize* (z.B. die erzieherischen Maßnahmen in Elternhaus und Schule) können ihrerseits Einfluss auf die Kosten-Nutzen-Analyse haben.⁵⁷⁸

Eine der beiden zentralen Komponenten des Modells ist die wahrgenommene *Bedrohung*, als das Resultat aus *subjektiver Vulnerabilität* und der Beurteilung der Folgen einer Erkrankung (*Schweregrad*). Die Risiko-Beurteilung kann individuell stark variieren und muss keinesfalls der objektiv gegebenen Bedrohung entsprechen. Es ist davon auszugehen, dass Menschen vielfach das Risiko anderer Personen durchaus realistisch einschätzen, ihr persönliches Risiko aber als geringer einstufen (siehe Kasten).

„Dieser Effekt wird als optimistischer Fehlschluss (bias) bezeichnet: Wir nehmen das eigene Risiko verzerrt wahr und unterschätzen es oft, während wir das Risiko anderer angemessener einschätzen.“⁵⁷⁹

⁵⁷⁸ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, S. 75f; Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 40ff.

⁵⁷⁹ Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 179.

Eine solche positive Illusion besitzt zunächst grundsätzlich eine gesundheitsförderliche Funktion, da sie Stress (im Sinne negativer Erwartungen) reduzieren vermag und so das subjektive Wohlbefinden aufrechterhält.⁵⁸⁰ Problematisch wird ein solcher optimistischer Fehlschluss jedoch dann, wenn ein Gesundheitsverhalten unterlassen wird, weil die subjektive Vulnerabilität und die Gefährlichkeit einer Krankheit unterschätzt werden. Dies gilt gerade auch für das Kindes- und Jugendalter, da diese relativ gesunde Lebensphasen sind, sodass wahrgenommene Beeinträchtigungen oder Gefährdungen für Kinder und Jugendliche als Motiv für gesundheitsbezogenes Verhalten nur eine untergeordnete Rolle spielen.⁵⁸¹

Dispositioneller Optimismus

Das Konstrukt „*dispositioneller Optimismus*“⁵⁸² beschreibt ein Selbstregulationsmodell von Verhalten, demnach die Ergebniserwartung das eigene Verhalten maßgeblich beeinflusst, und zwar derart, dass bei negativen Ergebniserwartungen (Pessimismus) weniger Energie investiert wird, während bei einer optimistischen Ergebniserwartung mehr Anstrengungen aufgewendet werden. Dabei bleibt offen, ob das angestrebte Ziel durch das eigene Bemühen oder aus anderen Gründen erreicht wird.⁵⁸³

Der optimistische bzw. der pessimistische Interpretationsstil sind Persönlichkeitsmerkmale, die auf die Wahrnehmung einer Situation und damit auch auf das Entstehen von Stress Einfluss nehmen. Theoretisch und empirisch gibt es Hinweise darauf, dass so genannte „Optimisten“ gesünder leben als Personen, deren Wahrnehmung eher durch eine pessimistische Grundüberzeugung geprägt ist.⁵⁸⁴

Weiterhin lässt sich ein „*defensiver Optimismus*“ von einem „*funktionalen Optimismus*“ unterscheiden: Beim „*defensiven Optimismus*“ kommt es zu einer selbstwertdienlichen Verzerrung von Risikoinformationen. Das heißt: eine Bedrohung (z.B. die Wahrscheinlichkeit an einer Krankheit zu erkranken) wird eher unterschätzt, wodurch auf der einen Seite erfolgreich Stress vermieden wird, was auf der anderen Seiten allerdings auch dazu führen kann, dass notwendige präventive Maßnahmen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) unterlassen werden. Der „*funktionale Optimismus*“ besagt, dass die Wirksamkeit des eigenen Handelns tendenziell eher überschätzt wird, wobei die eigenen Ressourcen und Kontrollmöglichkeiten für höher eingeschätzt werden, als sie es tatsächlich sind, sodass das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten ansteigt. Für das gesundheitsbezogene Vorsorgeverhalten hat der „*funktionale Optimismus*“ die Konsequenz, dass entsprechende gesundheitsfördernde Maßnahmen häufiger

⁵⁸⁰ vgl. Hoyer/Herzberg: Optimismus. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 68.

⁵⁸¹ vgl. Klein-Heßling: Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling: Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 28.

⁵⁸² Scheier/Carver/Bridges: Optimism, pessimism and psychological well-being. In: Chang (ed.): Optimism and pessimism. Washington: American Psychological Association 2001, S. 189-216.

⁵⁸³ vgl. Hoyer/Herzberg: Optimismus. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 68.

⁵⁸⁴ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 6f.

angewendet werden, da der Einzelne vom Erfolg dieser Maßnahmen überzeugt ist.⁵⁸⁵

Die verschiedenen Optimismus-Konzepte besitzen eine inhaltliche Schnittmenge mit den Theorien zur personalen Kontrolle, etwa der Selbstwirksamkeit (s.u.). Hohe Selbstwirksamkeit geht dabei vermutlich mit einem optimistischen Verarbeitungsstil einher, niedrige Selbstwirksamkeitserwartung fördert dagegen vermutlich einen negativen Verarbeitungsstil, wobei die Abgrenzung zwischen diesen theoretischen Konstrukten generell unklar ist.

Die zweite zentrale Komponente des Modells ist die Kosten-Nutzen-Analyse. Diese geht quasi als eine „Black Box“ in das Modell ein, aus der am ehesten die *Kosten* (etwa Zeitaufwand für sportliche Aktivitäten) bestimmbar erscheinen. Dagegen lässt sich der subjektive *Nutzen*, das heißt der Wert, den der Erhalt der Gesundheit für eine Person darstellt, nur schwer erfassen.

Präventionsprogramme (etwa in der Suchtprävention), die, an dem Health Belief-Modell anknüpfend, setzen in der Regel auf Wissensvermittlung oder Risikokommunikation. Ziel ist es die subjektive Bedrohung zu erhöhen, um den Betroffenen zu dem gewünschten Verhalten zu motivieren. Die Vermittlung von sachlichen Informationen bis zu dem Aufbau eines Bedrohungsszenarios („Furchtappelle“, vgl. Kapitel 7.2.2) sind vor dem Hintergrund des Health Belief-Modells zur gesundheitlichen Aufklärung realisiert worden. Letztere zeigten jedoch nur geringe Wirkungen. Dies wird darauf zurückgeführt, *„[...] dass im Kindes- und Jugendalter gesundheitliche Risiken unbedeutend und zeitlich weit entfernt erscheinen sowie unterschätzt werden, während aktuelle Bedürfnisse und Alltagsanforderungen wichtiger sind, bei deren Bewältigung Risikoverhalten durchaus wünschenswert und hilfreich erscheinen kann.“*⁵⁸⁶

Im Projekt „Gut drauf!“ wurde in nahezu jeder Unterrichtseinheit auch Wissenssegmente vermittelt. Diese zielen gerade auch im schulischen Kontext letztlich darauf ab, langfristige Verhaltensänderungen als Ergebnis rationaler Überlegungen zu erreichen. Als Beispiel sei die Kinderrückenschule genannt, in der den Kinder gezeigt wurde, wie sich bestimmte Bewegungen rüchenschädigend auf die Wirbelsäule auswirken können. Dieses Wissen sollte die Kinder zu einem rückenfreundlichen Verhalten motivieren. An der Kosten-Nutzen-Analyse setzten u.a. die Kochabende mit den Eltern an. Ziel dieser Maßnahmen war es, den Eltern zu zeigen, wie sie schnell, einfach und kostengünstig gesunde Speisen zubereiten können. Zeit, Arbeitsaufwand und Geld wurden als mögliche „*Un-Kosten*“ identifiziert, an denen eine gesunde Ernährung im Alltag scheitern kann. Um die ökonomischen Barrieren möglichst gering zu halten, waren die Kochabende kostenlos, es fiel auch kein Unkosten-Beitrag für die Zutaten an. Da dennoch die Teilnahme-Bereitschaft zumindest an der Versuchsschule 2 sehr gering war, muss es noch andere, evtl. irrationale, Barrieren geben, die nicht erfasst wurden (vgl. auch Kapitel 7.5). In gewisser Hinsicht dürfte dies auch ein Beispiel für die Grenzen des Health Belief-Modells sein.

⁵⁸⁵ vgl. „ebd.“, S. 34ff.

⁵⁸⁶ Jerusalem: Theoretische Konzeption der Gesundheitsförderung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S.36.

Schwarzer (2004) formuliert am Health Belief-Modell die folgenden Kritikpunkte. Er kritisiert:

- das Fehlen einer Handlungsmotivation (Intention), die zwischen der Kosten-Nutzen-Analyse und dem Gesundheitsverhalten einzuordnen wäre;
- das Fehlen einer Kompetenzerwartung, als handlungsregulierende Variable;
- das Überschätzen des direkten Einflusses von Bedrohung und Angstgefühlen auf das Verhalten; ein Zusammenhang, der sich in empirischen Studien (siehe auch die Wirkung von „*Furchtappellen*“ im Kapitel 7.2.2) geringer erwies als er in diesem Modell angenommen wird;
- die (fehlerhafte) Zuordnung der Handlungsreize auf die „*Bedrohung*“, was nach Schwarzer auf das Fehlen einer intentionalen Komponente zurückzuführen ist;
- die undifferenzierte Kosten-Nutzen-Analyse, in der etwa Barrieren, die bei einem Gesundheitsverhalten ggf. zunächst überwunden werden müssen, nicht einfließen;
- den fehlenden Prozesscharakter des Modells.⁵⁸⁷

Auch die Überarbeitung des Health-Belief-Modells, bei dem eine an Bandura angelehnte Kompetenzerwartung in die Kosten-Nutzen-Analyse eingeht, kann nach Schwarzer die oben genannten Kritikpunkte nicht beheben.⁵⁸⁸

Die „*Theory of Reasoned Action*“ (Ajzen/Fishbein, 1980, vgl. Abbildung 6.2) stellt insofern eine Weiterentwicklung gegenüber dem Health Belief-Modell dar, da sie vor dem Handeln eine *Verhaltensintention* setzt, an deren Bildung wiederum *Persönliche Überzeugungen* (als ein kognitives Verarbeitungsmuster) und, vom Individuum angenommene, Erwartungen der sozialen Umwelt (*Normative Überzeugungen*) beteiligt sind. *Persönliche Überzeugungen* auf der einen Seite und *Normative Überzeugungen* der sozialen Umwelt auf der anderen Seite bilden eine globale *Einstellung* bzw. eine *Subjektive Norm* bezüglich eines bestimmten Aspekts des Gesundheitshandelns, z.B. dem Rauchen. Die *Einstellung* spiegelt die persönliche Sicht wieder, die *Subjektive Norm* stellt die Haltung eines generalisierten Anderen (die Summe der sozialen Umwelt) dar. Unterschiedlich gewichtet konstituiert sich aus *Subjektiver Norm* und *Einstellung* die *Verhaltensintention*.

⁵⁸⁷ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 42.

⁵⁸⁸ vgl. „*ebd.*“, S. 43.

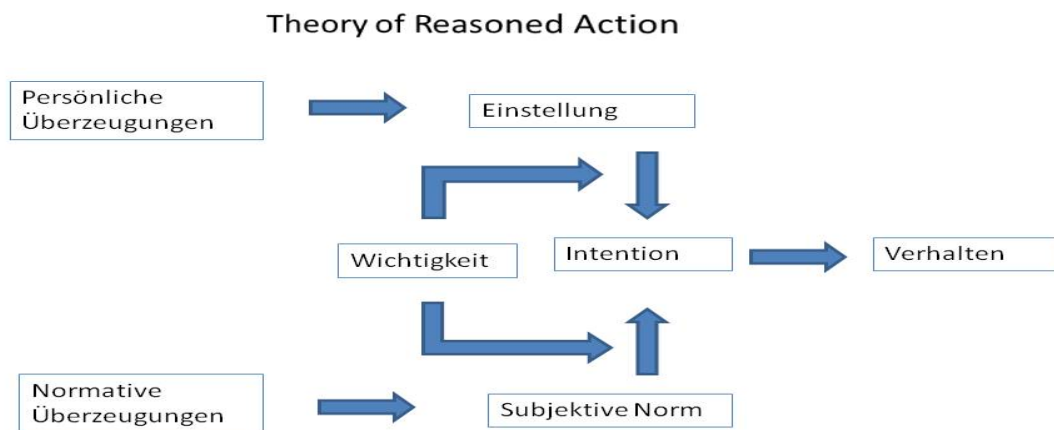


Abbildung 6.2: Theory of Reasoned Action, nach Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 44.

Ähnlich wie im Health Belief-Modell wird auch in der Theory of Reasoned Action das Gesundheitsverhalten als das Resultat rationaler Bewertungsprozesse angesehen: Auf der einen Seite dem *Aufrechnen* von persönlichen Einzel-Überzeugungen zu einem globalen Einstellungsmoment, auf der anderen Seite dem *Aufrechnen* der Überzeugungen von verschiedenen Einzelpersonen aus der sozialen Umwelt zu einer subjektiven Norm. In einem weiteren Prozess werden die eigene Überzeugung und die Verhaltenserwartung der Umwelt miteinander *verrechnet*, wobei die beiden Komponenten individuell unterschiedlich gewichtet werden. Im Modell wird unmittelbar von der Verhaltensintention auf das Gesundheitsverhalten geschlossen, unabhängig davon, ob die zur Realisierung des Verhaltens benötigten Ressourcen vorhanden sind, oder ob Barrieren die Realisierung des Verhaltens behindern.

„Die Theorie of Reasoned Action unterstellt, dass Menschen im Einvernehmen mit ihren Absichten handeln. Eine Handlung wird am stärksten durch eine Intention bestimmt und somit auch prognostiziert, wobei spezifische Intentionen spezifische Handlungen und globale Intentionen globaler Handlungen vorhersagen, letztere jedoch schwächer als erstere. Je spezifischer die Formulierung ist, desto besser gelingt die Vorhersage.“⁵⁸⁹

Die Schwächen des Health Belief-Modells werden daher auch von der „Theorie der Handlungsveranlassung“ (Theory of Reasoned Action) nicht überwunden: In beiden Programmen resultieren sie aus der Grundannahme, dass das gesundheitsbezogene Verhalten in erster Linie das Resultat von rationalen Bewertungen ist. Von dieser Annahme ausgehend werden rational-kognitive Prozesse in den Mittelpunkt beider Modelle gerückt, während emotionale und motivationale Einflüsse nahezu unberücksichtigt bleiben. Dies steht im Widerspruch zu der Erkenntnis, dass das Gesundheitsverhalten vielfach aus Gewohnheiten besteht und in sozialen Kontexten

⁵⁸⁹ Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 45.

stattfindet, deren handlungsleitende Maximen nicht immer rational begründet sind.⁵⁹⁰ Neben kognitiven Variablen wären daher auch sozio-emotionale Kategorien bei der Modellbildung des Gesundheitsverhaltens zu berücksichtigen.⁵⁹¹

Eine an der Theory of Reasoned Action ansetzende Präventionslogik versucht entweder die subjektive Überzeugungen, wie z.B. im Health Belief-Modell über die Vermittlung von Wissen, oder die subjektive empfundene Norm innerhalb eines Kontextes zu verändern. In Kapitel 4.2.2.3 ist bereits auf die gesundheitsschädigende Wirkung von Peergroup-Einflüssen, in der Regel zum Risikoverhalten, hingewiesen worden. Umgekehrt lassen sich nach der Theory of Reasoned Action Gruppenprozesse auch zur Vermittlung einer gesundheitsorientierten Norm nutzbar machen. Ein Beispiel hierzu wäre das Programm „*Be smart, don't start*“, ein Klassenwettbewerb zur Suchtprävention.⁵⁹² (Hierbei wird unterstellt, dass sich die Schüler freiwillig rational verhalten, um den Klassen-Erfolg nicht zu gefährden. Auch irrationale Motive, Gruppendruck, u.ä., sind denkbar, erfüllen aber nicht die Kriterien einer „*Reasoned Action*“.)

Im Projekt „Gut drauf!“ wurde etwa mit dem Schulranzen-TÜV versucht, nicht nur die persönlichen Einstellungen, sondern auch die subjektive empfundene Norm zu verändern. Beim Schulranzen-TÜV bekamen die Schüler für einen rückenfreundlichen Schulranzen eine „TÜV-Plakette“, eine symbolische Auszeichnung, wie sie bei Grundschulkindern einen hohen Stellenwert genießt: Alle Schüler möchten für ihren Ranzen diese Plakette bekommen. Die in Abbildung 9.49 nachgewiesenen Unterschiede belegen den Präventionserfolg dieses Ansatzes. Eine ähnliche „Nebenwirkung“ ließ sich bei der Ernährungserziehung im Projekt beobachten. So berichteten die Klassenlehrerinnen beider Versuchsklassen, dass sich die Schüler gegenseitig das Schulfrühstück „kontrollieren“ würden. Ungesunde Speisen besaßen einen geringen Stellenwert, gesunde Ernährung war zu einer Norm geworden. Die Beispiele zeigen, dass beim Gesundheitshandeln nicht nur rationale Motive ausschlaggebend sind. Gerade das individuelle Handeln vor dem Hintergrund einer kollektiven Norm kann von anderen, z.B. emotionalen, Gründen beeinflusst werden.

6.1.2 Dynamische Gesundheitsverhaltensmodelle

Mit dem Health Action Process Approach (HAPA) soll im Folgenden das bedeutendste dynamische Gesundheitsverhaltensmodell skizziert werden. Es wurde von Schwarzer (u.a. 1992) als Reaktion auf die von ihm als defizitär empfundenen kontinuierlichen Modelle erstellt. Schwarzer geht in seinem Modell (vgl. Abbildung 6.4) von zwei Leit-Prinzipien aus: zum einen von der sequenziellen Abfolge einzelner Schritte, und zum anderen von einer hohen Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung. Die sequenzielle Abfolge besagt, dass ein Schritt aus

⁵⁹⁰ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, S.77.

⁵⁹¹ vgl. „ebd.“, S. 161.

⁵⁹² Alle Schüler einer Klasse verpflichten sich, über einen Zeitraum von November bis April nicht zu rauchen. Klassen, die über den ganzen Zeitraum rauchfrei bleiben, nehmen an einer Verlosung teil (www.besmart.info; verfügbar am 05.03.10). Ein Präventionseffekt des Wettbewerbs konnte empirisch nachgewiesen werden, siehe auch: Hanewinkel/Wiborg: Förderung des Nichtrauchens in der Schule. In: Sucht 49/2003, S. 333-341.

dem nächsten folgt, dass kein Schritt übersprungen werden kann und dass bei jedem dieser Schritte die Realisierung des Gesundheitsverhaltens scheitern kann. Ob ein geplantes Verhalten letztlich realisiert wird, hängt entscheidend von der Selbstwirksamkeitserwartung des Einzelnen ab.

Selbstwirksamkeitserwartung

Der Begriff der Selbstwirksamkeit geht auf Bandura⁵⁹³ zurück, der Selbst-Wirksamkeits-Erwartung definierte als „[...] *Überzeugung, dass man das Verhalten erfolgreich ausführen kann, das zur Erlangung des Verhaltensergebnis erforderlich ist.*“⁵⁹⁴ Bandura untersuchte, inwieweit die kognitive Verarbeitung des Verhaltensergebnisses das Verhalten einer Person beeinflusst. Er grenzt sich damit im Rahmen seiner sozial-kognitiven Theorie von einer behavioristischen Sichtweise ab, demnach menschliches Verhalten im Wesentlichen durch äußere Reize bestimmt wird. Bandura erschließt somit anders als die Vertreter des Behaviorismus, für die nur das beobachtbare Verhalten empirische Gültigkeit besitzt, menschliches Verhalten von kognitiven und emotionalen Prozessen her.

Verwandte Konzepte zu dem der Selbstwirksamkeitserwartung sind das der Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966), das Modell der Erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) und die Kausalattribution (Weiner, 1971; Heckhausen, 1980). Zu unterscheiden ist dabei einerseits, inwieweit sich das Subjekt die Eigenschaften zuschreibt, die in einer Situation gefordert werden (Wirksamkeits- oder Kompetenzerwartung), andererseits inwieweit es mit (oder ohne) diesen Kompetenzen glaubt, die Situation bewältigen zu können (Ergebniserwartung, Kontrollüberzeugung). Die Beurteilung einer Situation ist damit davon abhängig, welche Kompetenzen aus Sicht der betroffenen Person zur Bewältigung der Situation erforderlich sind, und ob sich die Person diese Kompetenzen selbst zuschreibt (vgl. Abbildung 6.3).

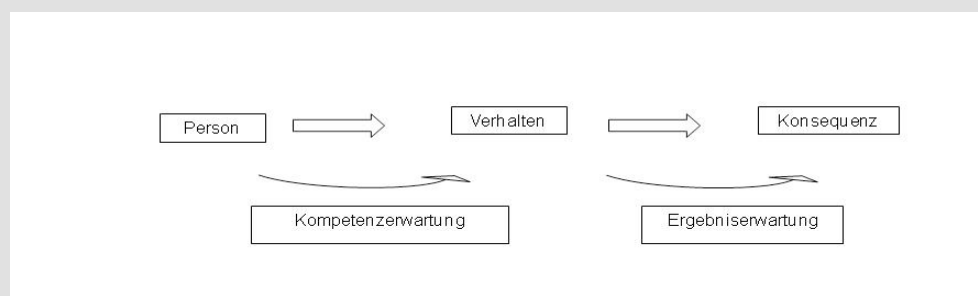


Abbildung 6.3: Selbstwirksamkeit nach Mielke: Lernen und Erwartung, S.63.

Auch in dem auf Seligman (1975)⁵⁹⁵ zurückgehenden Konzept der „Erlernten Hilflosigkeit“ werden subjektive Erwartungen für bedeutsamer angesehen als die objektiv vorhandenen Kontingenzen:

⁵⁹³ Bandura: Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman 1997.

⁵⁹⁴ zitiert nach Mielke: Lernen und Erwartung, S. 124.

⁵⁹⁵ Seligman: Helplessness. On Depression, Development and Death. San Francisco: Freeman and Company 1975.

„Wenn jemand objektiv unkontrollierbaren Reizen ausgesetzt ist, muß das nicht zu den typischen Symptomen der gelernten Hilflosigkeit führen; erst wenn der Organismus erwartet, daß bestimmte Ereignisse unkontrollierbar für ihn sind, hat das die für das Phänomen 'gelernte Hilflosigkeit' typischen Auswirkungen auf sein Verhalten.“⁵⁹⁶

Die wesentlichen Symptome von erlernter Hilflosigkeit sind Motivationsverluste bis hin zu Resignation sowie Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung objektiver Kontingenzen. Das Konzept der Erlernten Hilflosigkeit beschreibt demnach das Erlernen von Unkontrollierbarkeit.⁵⁹⁷

Formen der personalen Kontrolle, wie Selbstwirksamkeit, Kausalattribution oder Kontrollüberzeugung, können zwischen einer relativ stabilen, situationsübergreifenden Ausprägung und zwischen kurzzeitigen, situationsspezifischen Kognitionen variieren. Da Gesundheit in dieser Arbeit möglichst umfassend und ganzheitlich verstanden wird, wird weniger von bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen (z.B. Umgang mit den Symptomen einer chronischen Erkrankung), sondern v.a. von einer generalisierten Kognition ausgegangen, die in verschiedener Hinsicht (im Ernährungsverhalten, im Bewegungsverhalten, bei der Stressbewältigung) wirksam ist.

Je allgemeiner und unspezifischer diese Kognitionen sind, desto stärker prägen sie das Selbstkonzept eines Menschen und desto weniger lassen sie sich daher von identitätstheoretischen Vorstellungen trennen. Dies bedeutet allerdings auch, dass sie sich in späteren Lebensphasen umso weniger beeinflussen lassen, je stabiler sie in das Selbstkonzept einer Person integriert sind.

Im Modell der Salutogenese von Antonovsky (1987) sind Formen der personalen Kontrolle in dem Kernstück des Modells, dem „Kohärenzsinn“, mit den drei Komponenten („Verstehbarkeit“, „Bewältigbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“) enthalten (vgl. Kapitel 2.3). Selbstwirksamkeits- bzw. Kontrollüberzeugung lassen sich in die Komponente „Bewältigbarkeit“ übersetzen, welche beschreibt, inwieweit der Einzelne glaubt, die an ihn gestellten Anforderungen mittels der zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigen zu können.

„Dabei betont Antonovsky, dass es nicht nur darum geht, über eigene Ressourcen und Kompetenzen verfügen zu können. Auch der Glaube daran, dass andere Personen oder eine höhere Macht dabei helfen, Schwierigkeiten zu überwinden, ist damit gemeint. Ein Mensch, den diese Überzeugung fehlt, gleicht dem ewigen Pechvogel, der sich immer wieder schrecklichen Ereignissen ausgeliefert sieht, ohne etwas dagegen unternehmen zu können. Antonovsky betrachtet das Gefühl von Handhabbarkeit als 'kognitiv- emotionales Verarbeitungsmuster'.“⁵⁹⁸

Es konnten sowohl zwischen Wirksamkeits- als auch den Kontrollüberzeugungen Zusammenhänge zum Gesundheitsverhalten nachgewiesen werden.⁵⁹⁹ So wirken

⁵⁹⁶ vgl. Mielke: Lernen und Erwartung, S. 38.

⁵⁹⁷ vgl. „ebd.“, S. 82.

⁵⁹⁸ vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann: Was erhält Menschen gesund?, S. 29

⁵⁹⁹ vgl. Lohaus : Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 58.

Selbstwirksamkeitserwartungen unterstützend dabei, dass Anforderungen mit innovativen und kreativen Ideen aufgenommen und mit Ausdauer durchgesetzt werden. *„Ein in diesem Sinne kompetenter Umgang mit Anforderungen stellt eine wichtige Voraussetzung für hohe Motivation und Leistungsniveau, für psychisches und körperliches Wohlbefinden und für hohe Berufs- und Lebenszufriedenheit dar.“*⁶⁰⁰ Es ist daher anzunehmen, dass jemand, der glaubt, dass er durch sein Verhalten seinen Gesundheitszustand direkt beeinflussen kann, eher ein gesundes Verhalten zeigt und ein ungesundes Verhalten unterlässt, als jemand, der seinen Gesundheitszustand als weitgehend unbeeinflussbar ansieht.

Levenson (1972, 1974) entwarf ein drei Dimensionen umfassendes Modell von Kontrollüberzeugungskonzepten, das auch für gesundheitsbezogenen Einstellungen bestätigt werden konnte, mit den folgenden Dimensionen:

- Internalität: Die Person ist überzeugt, seine Gesundheit im Wesentlichen durch das eigene Verhalten beeinflussen und kontrollieren zu können.
- Fatalistische Externalität: Das Subjekt glaubt an zufällige oder schicksalshafte Ereignisse.
- Soziale Externalität: Die Einflüsse anderer Personen werden gegenüber dem eigenen Verhalten höher eingeschätzt.⁶⁰¹

Mit diesen drei Überzeugungen ist eine jeweils unterschiedliche Bereitschaft zur Durchführung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen verbunden. Eine Person, die eine fatalistische Kontrollüberzeugung besitzt und damit im Wesentlichen den eigenen Gesundheitszustand als nicht durch Verhalten beeinflussbar ansieht, wird von sich aus nur wenig präventive Maßnahmen einleiten. Bei Personen mit sozialer Externalität ist dagegen eine hohe Compliance gegenüber ärztlichen Empfehlungen bzw. bei Kindern gegenüber den von Eltern bzw. Lehrern empfohlenen Verhaltensweisen zu erwarten. Das umfassendste präventive Verhalten ist bei Personen mit einer internalen Kontrollüberzeugung zu vermuten.⁶⁰²

Weitere Forschungsergebnisse (Krampen, 1987) auf diesem Gebiet besagen, dass die Internalität mit dem Alter des Kindes zunimmt, und dass die Kontrollmöglichkeiten bei bestimmten Krankheiten erwartungsgemäß Einfluss darauf nehmen, inwieweit krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen entwickelt werden.⁶⁰³ Die lerntheoretische Tradition dieses Theoriezweigs ist unverkennbar. Es ist daher naheliegend, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen als Resultat von Lernprozessen anzusehen.

„Die auftretenden Kontrollüberzeugungen sind damit als (generalisierendes) Resultat der Lernerfahrungen in diesem Bereich aufzufassen, das verschiedene Einzelerfahrungen zusammenfasst und übergreift. Auch innerhalb des Bereiches Gesundheit und Krankheit müssen die Kontrollüberzeugungen im Einzelfall nicht einheitlich sein, da auch zu spezifischen Erkrankungen bzw. zu spezifischen

⁶⁰⁰ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 13.

⁶⁰¹ vgl. Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 147f.

⁶⁰² „ebd.“

⁶⁰³ vgl. Schmitt/Lohaus/Salewski: Kontrollüberzeugungen und Patienten-Compliance. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 39/1989, S. 33-40.

*Gesundheitsaspekten Erfahrungen vorliegen können, die diese Bereiche von den allgemeinen Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit abheben können.*⁶⁰⁴

Es ist kritisch anzumerken, dass abhängige und unabhängige Variablen in diesem Forschungszweig nicht immer eindeutig zu bestimmen sind: In einer lerntheoretischen Lesart sind Kontrollüberzeugungen das Ergebnis von zurückliegenden Lernerfahrungen. Personen, die sich nach einem bestimmten Verhalten (z.B. nach Sport, oder einem Sauna-Besuch) gesünder fühlen, werden demnach in ihrem Verhalten verstärkt. Es ist jedoch ebenso denkbar, dass Gesundheit bzw. Krankheit das Resultat von Selbstwirksamkeitserwartungen sind, demnach Personen, die eine hohe Selbstwirksamkeit besitzen, folglich über eine größere Resilienz verfügen und weniger anfällig für stressbedingte Erkrankungen sind.

Der Aufbau von Selbstwirksamkeit gelingt am nachhaltigsten durch eigene Erfolgs-Erfahrungen, jedoch können auch stellvertretende Erfahrungen im Sinne des Modelllernens zu ihrem Erwerb beitragen. Der Aufbau über Fremd-Instruktionen (Überredung) wird als schwächste Methode des Erwerbs von Selbstwirksamkeitserwartung angesehen, dürfte aber gerade im Kindesalter durchaus eine gewisse Relevanz besitzen. Als eine vierte Quelle von Selbstwirksamkeit gilt die Selbstwahrnehmung, d.h. die Reflexion des eigenen Verhaltens und der zu Grunde liegenden Emotionen. Die Selbstbeherrschung wird hierbei als Voraussetzung angesehen, um in einem zweiten Schritt die Sache zu beherrschen.⁶⁰⁵

Der Selbstwirksamkeitserwartung „[...] wird [im Health Action Process Approach - Modell] für alle Phasen des Handlungsregulationsprozesses eine große Bedeutung zugeschrieben, da hohe Selbstwirksamkeitserwartungen das Setzen von Zielen, die Investition von Anstrengung, die Ausdauer und die Rückfallvermeidung erleichtern. Übertragen auf die Veränderung gesundheitsbezogener Gewohnheiten bedeutet dies also, dass die Intention, eine Gewohnheit zu verändern, zu einem erheblichen Grad von dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten abhängt, tatsächlich Kontrolle über diese Gewohnheiten ausüben zu können.“⁶⁰⁶

⁶⁰⁴ vgl. Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 142.

⁶⁰⁵ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhalten, S. 19ff.

⁶⁰⁶ „ebd.“, S. 92.

Health Action Process Approach (HAPA)

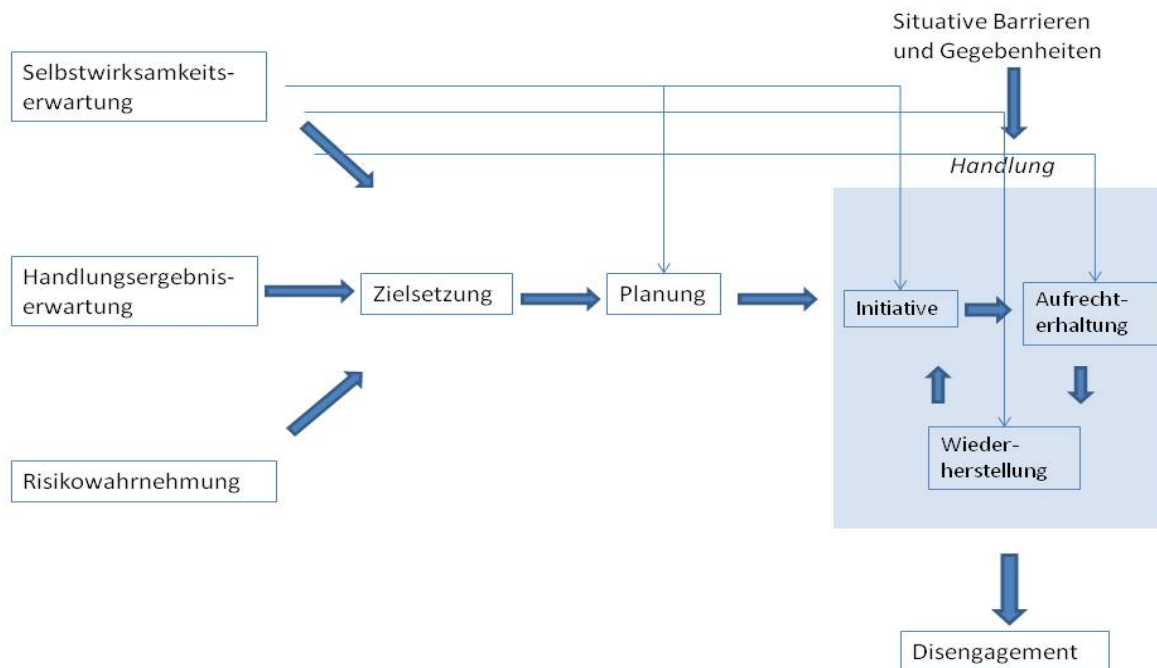


Abbildung 6.4: Health Action Process Approach, nach Schwarzer: *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, S. 91.

Auf der linken Seite (unten) im Modell bildet die *Risikowahrnehmung* - wie zuvor bereits im Health Belief-Modell - den Ausgangspunkt für das Gesundheitsverhalten. Die empfundene Bedrohung, die Erwartungen, die an die bestehenden Verhaltensalternativen geknüpft werden (*Handlungsergebniserwartung*) und die Überzeugung, die notwendigen Verhaltensweisen ausführen zu können (*Selbstwirksamkeitserwartung*), sind entscheidend für den motivationalen Prozess, der Intentionsbildung (=der *Zielsetzung*). Nach Schwarzer wird über die Intentionsbildung etwa 20% bis 30% der Varianz des Verhaltens aufgeklärt.⁶⁰⁷

Nach dieser motivationalen Phase stellt die Planung des gesundheitsbezogenen Verhaltens die nächste Sequenz im HAPA-Modell dar (präaktionale Phase), in der die Person die Bedingungen und Realisierungsmöglichkeiten abwägt, mit denen das Ziel erreicht werden soll. Auch in dieser Phase sind *Selbstwirksamkeitserwartungen* von zentraler Bedeutung, das heißt inwieweit eine Person glaubt, die notwendigen Handlungen ausführen zu können.

Die präaktionale Phase geht mit der *Initiative* in die aktionale Phase über (*Handlung*, blau umrahmt). Hierbei zeigt sich der Prozesscharakter des HAPA-Modells, da Handlungsausführung, Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des ursprünglichen Verhaltens einem ständigen Reflexions- und Regulationsprozess unterliegen.

⁶⁰⁷ „ebd.“, S. 193.

„Erfolge und Misserfolge werden wahrgenommen und interpretiert. Misslungene Realisierungsversuche können der Volitionsstärke abträglich, Erfolge hingegen ihr zuträglich sein. Ob Misserfolge zukünftigen Versuchen abträglich sind, hängt jedoch vom Ausgang dieser Bewertungsprozesse ab, zum Beispiel von der anschließend vorgenommenen Ursachenzuschreibung. Wird beispielsweise ein Erfolg der eigenen Fähigkeit zugeschrieben, so fördert dies im Allgemeinen die Volitionsstärke und kann positive Selbstwirksamkeitserwartung weiter erhöhen. Wird ein Erfolg der aktiven günstigen Gelegenheiten zugeschrieben, so kann dies zukünftigen Versuchen abträglich sein.“⁶⁰⁸

Auch in dieser Phase moderieren *Selbstwirksamkeitserwartungen*, ob ein Verhalten aufrechterhalten oder abgebrochen wird. Die Reflexions- und Regulationsprozesse laufen so lange ab, bis das angestrebte Verhalten zur Gewohnheit geworden ist, oder es zu einer Zielentbindung (*Disengagement*) kommt.⁶⁰⁹

Die aus dem HAPA-Modell resultierende Präventionslogik versucht die allgemeinen bzw. spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen des einzelnen Menschen zu erhöhen. Dies lässt sich mit Schülern am ehesten über Verhaltenstrainings erreichen. In Kapitel 5.3.4.3 sind solche Verhaltenstrainings zur Gewaltprävention dargestellt worden. Im Projekt „Gut drauf“ versuchten verschiedene Maßnahmen die personalen Kompetenzen der Kinder zu erhöhen, um ihnen einen sicheren und selbstständigen Umgang im jeweiligen Präventionsfeld zu ermöglichen. Hierzu gehörten etwa die Maßnahmen der Polizei zur Verkehrserziehung, die Bus-Schule der VER, die Brandschutzerziehung der Feuerwehr und das Konflikttraining der Polizei. In diesen Maßnahmen sollten die Kinder lernen, wie sie unabhängig von Erwachsenen am Straßenverkehr teilnehmen können (mit dem Rad, oder im ÖPNV), wie sie sicher mit Feuer umgehen, oder wie sich in einem Konflikt verhalten sollten. Die Kinder sollten Kompetenzen und Autonomie, und somit letztlich Selbstwirksamkeit erfahren. Weitere Selbstwirksamkeitserfahrungen erwarben die Kinder mit dem „Autogenen Training“. Hierbei lernten sie, wie sie sich selbst entspannen, d.h. selbst regulieren und damit kontrollieren können.

6.2 Modell des Gesundheitshandelns

Das Gesundheitshandeln geht gegenüber den psychologisch-orientierten Gesundheitsverhaltensmodellen aus einer sozialwissenschaftlichen Tradition hervor. Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch ein aktiv handelndes Subjekt ist, das aus seiner Sicht subjektiv „*sinnvoll*“ handelt, auch wenn die gezeigten Verhaltensweisen aus einer objektiven, gesundheitsbezogenen Perspektive rational als nur wenig „*sinnvoll*“ erscheinen mögen. Im Gegensatz zu den skizzierten Gesundheitsverhaltensmodellen liegt die Konzentration nicht auf einzelnen isolierten und ggf. mathematisierbaren Variablen, stattdessen wird nach komplexen Vorstellungen gesucht, die eine handlungsleitende Bedeutung besitzen. Die zuvor in den Gesundheitsverhaltensmodellen ausgewiesenen und zumeist empirisch belegten Wirkungszusammenhänge sind dabei keineswegs völlig irrelevant, sondern sollten vielmehr angemessen integriert werden.

⁶⁰⁸ „ebd.“, S. 95.

⁶⁰⁹ vgl. „ebd.“

Gemäß dem sozialwissenschaftlichen Ursprung ist Gesundheitshandeln immer auch soziales Handeln, das bedeutet, dass Gesundheit und ihr jeweiliger Stellenwert innerhalb einer Gruppe immer in einem sozialen Kontext hergestellt werden, z.B. in Familien oder in der Schul- bzw. Klassengemeinschaft. Es wird davon ausgegangen, „[...] dass Menschen potentiell über ein komplexes Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit verfügen, das ihr gesundheitsbezogenes Handeln wesentlich beeinflusst, und über Handlungskompetenzen, die eine eigenständige Ausführung ermöglichen.“⁶¹⁰

6.2.1 Formen des Gesundheitshandelns

In einer qualitativen Studie rekonstruierten Faltermaier (u.a.)⁶¹¹ drei typische Formen des Gesundheitshandelns:

1. Lebensweise ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln (vier Ausprägungen)

- kein bewusstes Gesundheitshandeln
- beschwerdebezogenes Gesundheitshandeln
- riskanter Lebensstil
- Ansätze eines bewussten Gesundheitshandelns

Für Personen dieser Gruppe besitzt Gesundheit nur einen geringen Stellenwert, sie wird teilweise nur beschwerdebezogen als Abwesenheit von Krankheit erlebt. Krankheiten werden häufig als schicksalhafte, oder durch externe Prozesse verursachte, Ereignisse interpretiert, sodass die gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeit und das aktive Gesundheitshandeln nur gering ausgeprägt sind.⁶¹²

2. Gesundheitshandeln mit einem spezifischem Handlungsschwerpunkt (fünf Ausprägungen)

- primär ernährungsbezogenes Gesundheitshandeln
- primär bewegungsbezogenes Gesundheitshandeln
- primär naturbezogenes Gesundheitshandeln
- primär noxenbezogenes Gesundheitshandeln
- Gesundheitshandeln als Abbau eines Risikoverhalten (insbesondere Suchtmittelkonsum)

Kennzeichnend für die Personen dieser Gruppe ist ein Gesundheitshandeln mit einem spezifischen Schwerpunkt. Ein Gesundheitsmotiv ist in diesem Teilbereich eindeutig zu erkennen, es wirkt sich jedoch nicht bereichsübergreifend auf die allgemeine Lebensführung aus.⁶¹³

3. Gesundheitshandeln integriert in Lebensweise (vier Ausprägungen)

- sozial motiviertes Gesundheitshandeln
- psychisches und soziales Gesundheitshandeln
- mehrdimensionales Gesundheitshandeln
- Gesundheitshandeln dominiert die Lebensweise

⁶¹⁰ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 190.

⁶¹¹ vgl. Faltermaier/Kühnlein/Burda-Viering: Gesundheit im Alltag, S. 118ff.

⁶¹² vgl. „ebd.“, S. 118f.

⁶¹³ vgl. „ebd.“, S. 122.

Für Personen dieser Gruppe besitzt das Gesundheitshandeln eine zentrale Bedeutung in der gesamten Lebensführung und wird daher in verschiedenen alltagspraktischen Bereichen realisiert. Das Gesundheitshandeln wird vielfach als Stärkung bzw. Regeneration von Ressourcen begriffen und als Herstellung oder Aufrechterhaltung eines körperlich-psychisch-sozialen Gleichgewichts verstanden.⁶¹⁴

Diese Taxonomie wurde anhand der Befragungen von Erwachsenen entwickelt, daher ist unklar, ob vergleichbare Muster für das Kindesalter gültig sind. Bereits in Kapitel 3.2 wurden subjektive Gesundheitstheorien von Kindern auf Grundlage der kognitiven Entwicklungstheorie von Piaget diskutiert. Es muss letztlich offen bleiben, welche Denk- und Handlungsweisen sich im Grundschulalter auf den kognitiven Entwicklungsstand von Kindern zurückführen lassen und welche bereits als relativ stabile Persönlichkeitseigenschaften, als Resultat individueller Erziehungs- und Sozialisationserfahrungen, anzusehen sind.

6.2.2 Entwurf eines Modells für das Gesundheitshandeln im Kindesalter

In einem möglichst aussagekräftigen Modell für das Gesundheitshandeln im Grundschulalter sind soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Sozialstatus) ebenso zu berücksichtigen wie auf psychologischen Konzepten basierende Variablen (Selbstwirksamkeit, Optimismus, Persönlichkeitseigenschaften). Die Abbildung 6.5 stellt den Versuch dar, die wesentlichen Faktoren in einem Modell zu bündeln. Das Modell basiert auf einer Rahmenkonzeption von Dlugosch/Schmidt⁶¹⁵ und wurde von mir in einigen Einzelheiten verändert. Im Weiteren sollen die verschiedenen Aspekte für das Grundschulalter diskutiert werden. Wie bereits erwähnt, findet das individuelle Gesundheitshandeln in einem sozialen Kontext statt, und setzt die Interaktion von Subjekt und Umwelt voraus - was in seiner Komplexität in einem zweidimensionalen Modell kaum angemessen berücksichtigt werden kann.

In den vorausgehenden Kapiteln sind bereits zahlreiche Aspekte thematisiert worden. Um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf die entsprechenden Kapitel verwiesen. Die verschiedenen Faktoren sind nicht trennscharf, sondern stehen vielmehr in einem wechselseitigen Verhältnis. So beeinflussen die sozio-ökonomischen Faktoren etwa die biographischen Erfahrungen oder sie begünstigen bzw. erschweren den Zugang zu Ressourcen. Wie die vorausgehende Darstellung zu den Gesundheitsverhaltensmodellen einschließlich der jeweils entgegengebrachten Kritik gezeigt haben dürfte, bleibt eine Annäherung an solche komplexen Prozesse wie das Gesundheitshandeln in gewisser Hinsicht immer auch heuristisch.

⁶¹⁴ vgl. „ebd.“, S. 130.

⁶¹⁵ vgl. Dlugosch: Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger/Schmidt (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S. 115.

Modell des Gesundheitshandelns

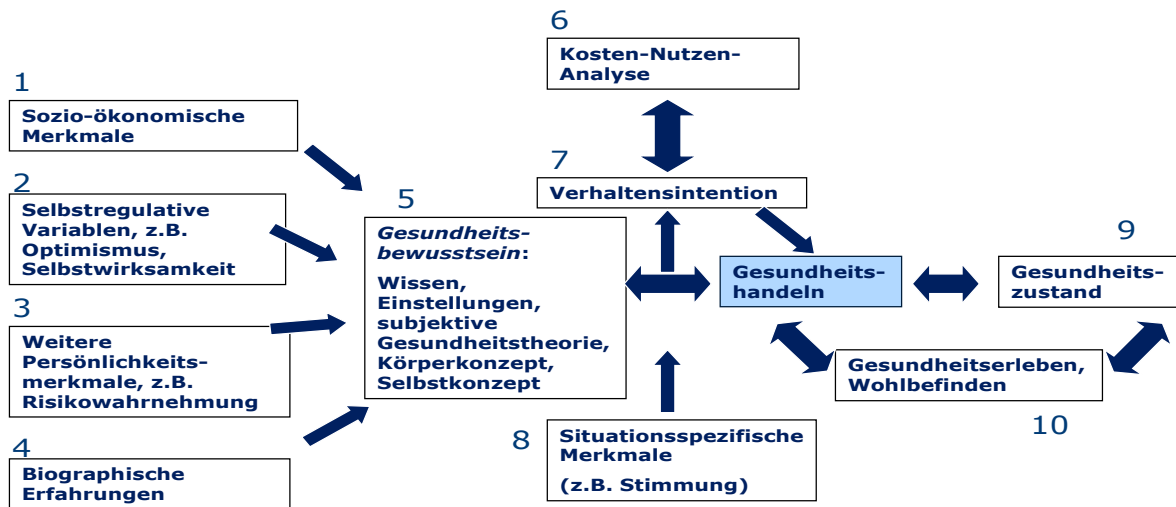


Abbildung 6.5: Modell des Gesundheitshandelns (eigene Konzeption, in Anlehnung an Dlugosch, 1994).

(1): Als *sozio-ökonomischen Merkmale* lassen sich die milieuhabhängigen Rahmenbedingungen, unter denen ein Kind heranwächst, zusammenfassen. Ihre Relevanz für das Gesundheitsverhalten wurde bereits in Kapitel 4.2 ausgeführt. Weiterhin sei an dieser Stelle nochmals auf den hohen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit hingewiesen, der sich für die Mehrzahl der Gesundheitsstörungen und in allen westeuropäischen Nationen zeigt (vgl. Kapitel 5.2). Die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen werden häufig anhand der Dimensionen Schulbildung/Beruf, Einkommen, Arbeits- und Wohnbedingungen erfasst. Die Lebenssituation von Kindern im Grundschulalter wird durch die der Eltern (mit-)gestaltet.

*„Je höher die Schulbildung und umso differenzierter die Berufstätigkeit, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die gesellschaftlich vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten in individuelles Gesundheitsverhalten umgesetzt werden. [...] Je mehr Geld zur Verfügung steht, desto größer ist der Verhaltensspielraum, unter anderem im Nahrungs- und Genussmittelbereich. Aus den Arbeits- und Wohnbedingungen sowie den Familienverhältnissen ergibt sich das Ausmaß der alltäglichen psychosozialen Belastungen, die der einzelne zu ertragen und zu bewältigen hat. Je höher die Belastungen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit gesundheitsriskanter Verhaltensweisen zu deren Bewältigung.“*⁶¹⁶

⁶¹⁶ von Troschke: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 544.

Prinzipiell gilt: „Je höher der soziale Status, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitsfördernden Lebensweise.“⁶¹⁷

Die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen schaffen eine Struktur, in denen sich ein individueller Lebensstil herausbildet. In Kapitel 4.2.1 wurde gezeigt, dass das Gesundheitshandeln (etwa die Ernährungsgewohnheiten) eine zentrale Kategorie innerhalb eines Lebensstils darstellt. In den verschiedenen Milieus dominieren dabei jeweils andere Lebensstile. Die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflussen das proaktive Gesundheitsverhalten und reaktive Verarbeitungsmuster, wie sie z.B. bei der Stressbewältigung relevant sind. So ist entsprechend der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus/Folkman (vgl. Kapitel 2.1) „[...] jede Form der individuellen Verarbeitung und Lebensbewältigung [ist] eine Form sozialen Handelns, in das die Erfahrungs- und Deutungsmuster und die Handlungskompetenzen der Person und ihrer sozialen Bezugsgruppen eingehen.“⁶¹⁸ Das individuelle Verhalten des Menschen ist somit als eine Reaktion des Subjekts auf seine Umwelt zu verstehen, durch die sein Verhalten mitbestimmt und aufrechterhalten wird.⁶¹⁹

(2): Als *selbstregulative Variablen* bezeichne ich alle interindividuellen Steuerungsmuster, sowohl kognitiver wie auch emotional-affektiver Natur, die von der Bildung einer Verhaltensintention bis zur Ausübung bzw. Nicht-Ausübung eines Verhaltens wirken.⁶²⁰ Unter den Gesundheitsverhaltensmodellen (vgl. Kapitel 6.1) sind mit dem dispositionellen Optimismus und den verschiedenen Konzepten der personalen Kontrolle (Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, u.a.) bereits solche regulativen Variablen vorgestellt worden, über die sich u.a. erklären lässt, warum ein Verhalten nicht gezeigt wird, etwa weil der Betreffende nicht daran glaubt, dass er die Kompetenzen besitzt, die zur Realisierung des Verhaltens nötig sind. Zu diesen regulierenden Prozessen dürfte weiterhin die Einschätzung und Bewertung der verfügbaren Ressourcen und möglicher Barrieren zählen, wie sie etwa als „secondary appraisal“ im transaktionalen Stressmodell von Lazarus/Folkman (vgl. Kapitel 2.1) Eingang finden. Strittig ist, an welcher Stelle des Modells solche Faktoren einfließen. Da ich diese Dispositionen im Rahmen dieser Arbeit weitgehend als bereichsübergreifende Persönlichkeitseigenschaften ansehe, gehen sie meines Erachtens dem Gesundheitsbewusstsein voraus.

(3): Darüber hinaus dürften *weitere Persönlichkeitseigenschaften* an der Konstitution des Gesundheitsbewusstseins beteiligt sein, bspw. die Risikowahrnehmung oder die angenommene Vulnerabilität, wie sie auch dem Health Belief-Modell zu Grunde liegen. Diese Merkmale lassen sich nicht trennscharf von den zuvor beschriebenen selbstregulativen Variablen abgrenzen, vielmehr ist davon auszugehen, dass

⁶¹⁷ „ebd.“

⁶¹⁸ Hurrelmann: Sozialisation und Gesundheit, S. 164.

⁶¹⁹ vgl. Naidoo/Wills: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, S. 217.

⁶²⁰ In der Literatur (Burkert/Sniehotta: Selbstregulation des Gesundheitsverhaltens. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 98.) werden Selbstregulationsprozesse als „[...] *absichtliche und aktive Steuerung von Gedanken, Gefühlen und Verhalten* [...]“ definiert. Ich denke aber, dass auch unabsichtliche und unerwünschte Regulationsprozesse (etwa Gewohnheiten) selbstregulativ wirken, und verwende diesen Begriff daher in einem erweiterten Verständnis.

verschiedene solcher kognitiven bzw. psychosozialen Persönlichkeitsmerkmale mit einander interagieren.

(4): Es ist davon auszugehen, dass Grundschulkinder gesundheitsbezogene Handlungsmuster bei Anderen beobachten und im Sinne des Modelllernens übernehmen.⁶²¹ Diese Einflüsse finden in dem Modell des Gesundheitshandelns als *Biographische Erfahrungen* Eingang. Zu den biographischen Erfahrungen gehören bisherige Erfahrungen mit verschiedenen Möglichkeiten zur Krankheitsvorbeugung, erlebte Krankheiten sowie ihre Genesung. Chronisch oder häufig kranke Kinder erwerben andere Vorstellungen von Gesundheit als Kinder, die nie oder nur selten erkranken. Hinzu kommen distale Faktoren, etwa der Erziehungsstil der Eltern, diese werden zudem durch jeweilige sozio-ökonomische Rahmung geprägt, d.h. in verschiedenen sozialen Milieus bieten die Eltern ein unterschiedliches Modellverhalten; wodurch die Kinder verschiedenartige biographische Erfahrungen erwerben (vgl. Kapitel 4.2.2.1).

(5): In Anlehnung an Faltermaier (1994) sehe ich das *Gesundheitsbewusstsein* als die zentrale, dem Gesundheitshandeln zu Grunde liegende Kategorie an, in das rational-kognitive, emotionale und evaluative Komponenten einfließen. Es wird daher an dieser Stelle inklusive seiner konstituierenden Faktoren ausführlicher diskutiert. Das Gesundheitsbewusstsein wird durch das Selbstkonzept eines Menschen geformt. Das Selbstkonzept lässt sich als „[...] *die Gesamtheit der Einstellungen zur eigenen Person*“⁶²² definieren. Insofern mit einem bestimmten Gesundheitsverhalten „[...] *ein bestimmtes Image verbunden ist, das dem eigenen Selbstkonzept (real oder ideal) entspricht, dann ist eine Tendenz zu einem Handeln in diese Richtung zu vermuten.*“⁶²³

Das Gesundheitsbewusstsein erscheint als Konstruktion komplex genug, um den vielfältigen Ausprägungen des Gesundheitshandelns gerecht zu werden, zugleich bleibt es analytisch fassbar. Es wird somit nicht zu einer Black box, in der die eigentlichen Ursachen des Gesundheitshandelns unzugänglich verborgen sind. Faltermaier hebt hervor, dass das „Sich-etwas-bewusst-sein“ verschiedene Abstufungen annehmen kann, wobei es ihm v.a. um bewusste, auf Wissen beruhende, Entscheidungen zu Gunsten des Gesundheitshandelns geht.⁶²⁴ Allerdings wird auch das Wenig-Bewusste bis zum Un-Bewussten nicht als Grundlage des Gesundheitshandelns ausgeschlossen: So kann auch eine Person, mit einem relativ geringen Gesundheitsbewusstsein ein sehr gesundheitsförderndes Verhalten zeigen, z.B. aus einer unreflektierten Gewohnheit heraus. Auf der anderen Seite kann jemand mit einem hohen Gesundheitsbewusstsein mangels hinreichender Ressourcen nicht in der Lage sein, seine gesundheitsorientierten Vorstellungen auch zu realisieren. Dieser Hinweis scheint mir gerade für das Grundschulalter eine wichtige Ergänzung darzustellen, da die Kinder in dieser Lebensphase nur wenig Möglichkeiten haben, eigene Vorstellung über gesundheitsbezogene Verhaltensweisen gegen Widerstände durchzusetzen (s.u.). Da Gesundheit für

⁶²¹ vgl. Jerusalem: Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 34.

⁶²² Mummendey: Psychologie des `Selbst`, S. 38.

⁶²³ Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 52.

⁶²⁴ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, S. 162.

Kinder im Grundschulalter weitgehend noch etwas Selbstverständliches ist, geht von Troschke (2006) davon aus, dass ihr Gesundheitsbewusstsein generell nur gering ausgeprägt ist. Es entwickelt sich seiner Ansicht nach daher auch weniger durch eigene Erfahrungen, sondern vielmehr durch die Ermahnungen der Erwachsenen.⁶²⁵

Als bedeutende Komponente des Gesundheitsbewusstseins des Menschen sehe ich weiterhin zum einen die individuell dominierenden subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit an, zum anderen das individuelle Körperkonzept einer Person. Bei beiden Aspekten dürften nicht nur die jeweiligen diesbezüglichen individuellen Dispositionen bedeutsam sein, sondern ebenso auch die Einstellungen und Wertvorstellungen der sozialen Umwelt (siehe auch Theory of Reasoned Action in Kapitel 6.1.1).⁶²⁶

Bereits in Kapitel 3.2 sind verschiedene, speziell für das Grundschulalter gültige, subjektive Theorien von Gesundheit vorgestellt worden. Im Weiteren werden daher theoretische Ansätze zum Körperkonzept diskutiert:

Das Körperkonzept besitzt dabei vermutlich enge Bezüge zum Gesundheitskonzept eines Menschen, darüber hinausgehend besitzt es auch eine eigenständige Bedeutung, die allerdings, so Faltermaier (1994), in den Gesundheitswissenschaften bislang nur wenig thematisiert wurde.⁶²⁷ Dies ist für ihn eine Folge der Objektivierung des Körpers in Medizin, Naturwissenschaft und Technik die dazu beigetragen habe, dass der moderne Mensch im Alltag von seiner Körperlichkeit entfremdet worden sei. Eine Entfremdung, die dann bei einer (schweren) Erkrankung jäh aufgehoben wird, sodass es dann zu einer neuen, einer veränderten Wahrnehmung des Körpererlebens kommen kann.⁶²⁸

Faltermaier (2005) arbeitete die folgenden psychologischen Prinzipien bei der Wahrnehmung und kognitiven Verarbeitung von körperlichen Empfindungen und Beschwerden heraus.

- Selektive Aufmerksamkeit: Der Körper wird vor allem dann bewusst wahrgenommen, wenn er ungewöhnlichen Reizen ausgesetzt ist oder solche verursacht (z.B. Schmerzen).
- Aktive Strukturierung und Kontextabhängigkeit: Körpererfahrungen werden strukturiert, indem sie in einen (sinnvollen) Kontext eingeordnet werden. So werden Kopfschmerzen nach Alkoholkonsum oder bei Erschöpfung anders bewertet, als wenn sie völlig unerwartet auftreten.
- Soziale Informationen und Vergleiche: Der Austausch mit anderen hilft bei der Einschätzung und Bewertung von Symptomen. Dieser wird umso bedeutender, je weniger Erfahrungen mit einer Symptomatik vorliegen.⁶²⁹

Faltermaier geht davon aus, dass die Körperwahrnehmung weitgehend erfahrungsbezogen ist, das heißt die kognitive Einordnung von Körpersignalen erfolgt anhand der bestehenden Schemata:

⁶²⁵ vgl. von Troschke: Gesundheit- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 548.

⁶²⁶ „ebd.“, S. 164.

⁶²⁷ vgl. Faltermaier Gesundheitspsychologie, S. 199.

⁶²⁸ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, S. 83.

⁶²⁹ vgl. Faltermaier Gesundheitspsychologie, S. 217f.

„Diese kognitiven Konzepte und Schemata werden gelernt, ihre primären Wurzeln sind frühe Erfahrungen, die mit dem Körper in der Kindheit entweder direkt gemacht wurden oder stellvertretend über die Eltern als Modelle für den Umgang mit dem Körper. Einen besonderen Stellenwert haben dabei eigene frühere Erfahrungen mit Krankheiten, weil diese besonders ausgeprägte und differenzierte Schemata entstehen lassen. Natürlich können dabei auch 'falsche' Konzepte gelernt werden, die dann wegen des selektiven Charakters der Körperwahrnehmung schwer zu korrigieren sind.“⁶³⁰

Für das Grundschulalter ist diese Erkenntnis insofern von Bedeutung, da davon auszugehen ist, dass solche Schemata noch nicht vollständig ausdifferenziert vorliegen, sondern in dieser Altersklasse vielmehr erst gebildet werden (s.u.).

Der Begriff „Körper-Schema“ bezieht sich dabei auf eine neuropsychologische und kognitive Perspektive, während mit „Körper-Bild“ eine emotional-affektive - allerdings durchaus anhand von soziokulturell vermittelten Kategorien - Wahrnehmung des (eigenen) Körpers verstanden wird.⁶³¹ Der Begriff „Körper-Selbst“ beschreibt Körperlichkeit als ein Bestandteil des menschlichen Selbstkonzepts.⁶³² Für dieses Selbstkonzept ist gerade auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper relevant. Eine große Diskrepanz zwischen dem über Selbst- und über Fremdwahrnehmung vermitteltem Realbild und dem eigenen Idealbild wird als unangenehm empfunden und kann das Selbstwertgefühl vermindern.⁶³³

Schon Kinder wenden diverse Körpermodifikationen an, um ihren Körper in eine bestimmte Richtung zu verändern. Einige davon besitzen prinzipiell eine gesundheitsfördernde Wirkung, wie etwa sportliche Aktivität, andere sind in ihren „Nebenwirkungen“ zumindest bedenklich. Offensichtlich wird dies bei vielen Diätversuchen, die häufig nur eine kurzfristige Gewichtsabnahme zur Folge haben, dafür aber eine Essstörung (vgl. Kapitel 5.3.2) anbahnen können.⁶³⁴

Dordel kam mit einer Studie zur Selbstbeurteilung des Körperbilds, des Körper-Idealbilds, und des späteren Erwachsenen-Idealbilds bei Viertklässlern zu dem Ergebnis, dass nahezu die Hälfte der Stichprobe mit der eigenen Körperform unzufrieden war.⁶³⁵ Übergewichtige und adipöse Kinder äußerten die geringste Körperzufriedenheit, Mädchen äußerten eine geringere Zufriedenheit als Jungen und sportlich aktive Kinder zeigten eine verbesserte Körperwahrnehmung und ein positiveres Körperkonzept. Im Vergleich zu Jugendlichen besaßen aber auch übergewichtige und adipöse Grundschüler noch ein deutlich positiveres Körperkonzept, weshalb sich für Dordel gerade das Grundschulalter für Präventionsmaßnahmen eignen würde, da negative Körperkonzepte noch nicht etabliert sind. Eine solche Intervention sollte motorische Förderprogramme ebenso

⁶³⁰ „ebd.“, S. 218.

⁶³¹ vgl. Dordel: Zur Körperwahrnehmung von Kindern mit unterschiedlichem Gewichtsstatus. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S.75.

⁶³² vgl. Steins: Sozialpsychologie des Körpers, S. 16f.

⁶³³ „ebd.“, S. 20; 43.

⁶³⁴ vgl. Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 146.

⁶³⁵ vgl. Dordel: Zur Körperwahrnehmung von Kindern mit unterschiedlichem Gewichtsstatus. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 74-87. (Außerdem gab es eine Fremdbeurteilung der Kinder durch die durchführende Projektgruppe.)

umfassen wie ein kritischer Umgang mit den, über die Massenmedien vermittelten, gesellschaftlichen Schönheitsidealen: „[...] *neben realistischer Selbstwahrnehmung müssen insbesondere Akzeptanz und Wertschätzung des eigenen Körpers betont werden.*“⁶³⁶

Zu den Aufgaben einer umfassenden Gesundheitserziehung/-förderung zählt es meiner Ansicht nach daher auch, Heranwachsende gegen das pathologische Potenzial von Schönheitsidealen sowie von unrealistischen Wertvorstellungen zu immunisieren.

(6): Die *Kosten-Nutzen-Analyse* ist als zentrale Kategorie im Rahmen des Health Belief-Modells diskutiert worden (vgl. Kapitel 6.1.1). Für das Kindesalter ist zu berücksichtigen, dass der Nutzen des gesundheitsbezogenen Verhaltens sich in einer noch vielfach außerhalb der kindlichen Perspektive befindenden Zukunft liegt, während die Kosten in der Gegenwart aufzubringen sind. Weiterhin ist fraglich, ob Gesundheit im Kindesalter bereits einen hohen Stellenwert besitzt. In dieser Lebensphase wird sie vielfach noch als eine Selbstverständlichkeit angesehen, die nicht dauerhaft (im Sinne chronischer Leiden), sondern allenfalls temporär (etwa bei den klassischen Kinderkrankheiten) eingeschränkt ist. Ein Ansatz zur Gesundheitsförderung im Kindesalter bestünde demnach darin, die Kosten zu reduzieren, etwa indem die gewünschten Verhaltensweisen internalisiert werden. Es ist davon auszugehen, dass solche Gewohnheiten dann nicht als Kosten erfahren werden, sondern umgekehrt, sogar die Ausübung gewohnter Verhaltensweisen im Sinne des operanten Konditionierens (Handlungsverstärkung) ihrerseits, als positive Selbst-Verstärker wirken können.⁶³⁷ Der andere Ansatzpunkt für eine Förderung dürfte darin bestehen, den gegenwärtigen Nutzen des Gesundheitshandelns stärker zu betonen, etwa die sozialen Kontakte bei körperlicher Aktivität, der sinnliche Genuss von gesunden Lebensmitteln und Wohlfühlen als Ausdruck gesunder Lebensstile.

(7): Die Notwendigkeit, eine *Verhaltensintention* zu berücksichtigen, wurde an der Theory of Reasoned Action ausgeführt (vgl. Kapitel 6.1.1). Inwieweit diese Verhaltensintention ausgeführt wird, hängt auch von den zu überwindenden Barrieren und den verfügbaren Ressourcen ab. Zur Überwindung von Barrieren stehen Kindern im Grundschulalter vermutlich nur begrenzte Möglichkeiten zur Verfügung: So können Kinder sich in diesem Alter nur dann regelmäßig gesund ernähren, wenn die Eltern auch bereit sind, entsprechende Speisen einzukaufen und zuzubereiten; auch einen Fahrradhelm können sie nur dann tragen, wenn die Eltern einen kaufen.

Wie dem HAPA-Modell (vgl. Kapitel 6.1.2) zu entnehmen ist, hängt die Umsetzung einer Verhaltensintention in ein konkretes Handeln von der Selbstwirksamkeitserwartung ab. Das Grundschulalter ist für die Entwicklung einer solchen allgemeinen Kontrollüberzeugung als eine bedeutsame Lebensphase anzusehen. Die Ausbildung von (personalen) Ressourcen wird damit zum Gegenstand der Gesundheitserziehung bzw. -förderung in der Grundschule (vgl. Kapitel 7.2 und 7.3). Ob eine gebildete, gesundheitsbezogene Verhaltensintention

⁶³⁶ „ebd.“, S. 84.

⁶³⁷ vgl. Bodenmann (u.a.): Klassische Lerntheorien, S. 114f.

letztlich realisiert wird, ist im Grundschulalter demnach von mehreren Faktoren abhängig. Inwieweit es gelingt eine gesundheitsorientierte Verhaltensintention - möglicherweise sogar erst nach der Überwindung von Barrieren - in die Tat umzusetzen, dürfte eine prägende Wirkung für zukünftiges Gesundheitshandeln und die Entwicklung gesundheitsbezogener Lebensstile haben.

(8): *Situationsspezifische Merkmale* sind als moderierende Variablen anzusehen. Bereits in Kapitel 4.3.4 wurde ausgeführt, dass Grundschulkinder, mehr noch als Erwachsene, situationsabhängigen Stimmungsschwankungen unterliegen, die dann bei geringer Impulskontrolle - und je nach Temperament des Kindes - zu spontanen und affektgesteuerten Handlungen führen können. Ein Beispiel für solche situationsspezifischen Merkmale wäre die Beobachtung, dass Kinder in Gruppen häufig ein riskanteres Verhalten zeigen als alleine.⁶³⁸

Weiterhin dürfte auch das Stress-Erleben (und damit Stress- und Stressbewältigungsmodelle) über die situationsspezifischen Einflüsse das Gesundheitshandeln moderieren. Generell wird im transaktionalen Stress-Modell (Lazarus/Folkman, 1984)⁶³⁹ zwischen problemorientierten und emotionsorientierten Bewältigungsstrategien unterschieden (vgl. Kapitel 2.1). Die im Einzelfall zur Stressbewältigung verfügbaren Ressourcen werden dabei durch psychologische, physiologische, soziale und kulturelle Variablen bestimmt, wobei davon auszugehen ist, dass Grundschulkindern weniger Möglichkeiten der Stressregulation zur Verfügung stehen als Erwachsenen, bzw. bestimmte Stressregulations-Verhaltensweisen bei Kindern weniger toleriert werden.

„Während etwa ein Lehrer seinem Ärger vor der Klasse Luft machen kann, wird solches Verhalten bei Kindern mit hoher Wahrscheinlichkeit sanktioniert. Ebenso können Kinder bestimmte Vermeidungsstrategien (wie die Situation verlassen oder die Leistung einstellen) nicht in gleicher Weise nutzen wie Erwachsene. Weiter ist bei Altersunterschieden in der Nutzung von Stressbewältigungsstrategien zu bedenken, dass viele Stressoren, mit denen Kinder und Jugendliche konfrontiert werden, eher unter der Kontrolle von Erwachsenen stehen (z.B. bei den in der Schule gestellten Anforderungen) oder durch sozioökonomische Zwänge mitbestimmt werden (wie z.B. die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung oder die Betreuungsqualität außerhalb der Schule).“⁶⁴⁰

Mit zunehmendem Alter erlernen die Kinder, emotionsorientierte Strategien zur Stressbewältigung erfolgreich einzusetzen. Im Grundschulalter ist diese Fähigkeit noch defizitärer, die Kinder müssen erst lernen, emotionale Zustände bewusst wahrzunehmen und diese zu regulieren. Hinsichtlich des problemorientierten Copings lässt sich dagegen kein einheitlicher Entwicklungstrend beobachten.⁶⁴¹

(9) und (10): Letztlich ist anzunehmen, dass auch der *objektive Gesundheitszustand* und das *subjektive Wohlbefinden* einen maßgeblichen Einfluss auf das

⁶³⁸ vgl. Limbourg: Kinder im Straßenverkehr, S. 35.

⁶³⁹ Lazarus/Folkman: Stress, appraisal and coping. New York: Springer 1984.

⁶⁴⁰ Lohaus/Klein-Heßling: Stress und Stressbewältigung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 331.

⁶⁴¹ vgl. „ebd.“

Gesundheitshandeln haben. Allerdings ist der Zusammenhang im Kindesalter vermutlich geringer als in späteren Lebensphasen (s.u.).

Objektive Diagnose und subjektive Einschätzung müssen dabei keinesfalls übereinstimmen. In einer dichotomen Unterteilung lassen sich vier Varianten unterscheiden (siehe Tabelle 6.1):⁶⁴²

Tabelle 6.1: Verhältnis von objektiver und subjektiver Gesundheit

	objektiv gesund	objektiv krank
subjektiv gesund	Das Kind fühlt sich gesund und zeigt auch keine messbaren Krankheitssymptome. Weder objektive noch subjektive Beschwerden geben Anlass für eine Änderung des Gesundheitshandelns, ggf. wird das bisherige Verhalten dadurch verstärkt.	Es sind körperliche Krankheitssymptome diagnostizierbar, die vom Kind (noch) nicht (bewusst) wahrgenommen werden. Daher werden diese Symptome nicht zu einer Änderung des Gesundheitshandelns führen. Auf Empfehlungen von Ärzten oder Gesundheitserziehern ist nur eine geringe Compliance zu erwarten.
subjektiv krank	Das Kind fühlt sich krank, ohne dass sich dafür entsprechende objektive Befunde finden lassen. Dies kann auf der einen Seite daran liegen, dass das Kind sich die Symptome einbildet (bis hin zu einer Hypochondrie), auf der anderen Seite kann die objektive Beurteilung auch auf eine fehlerhafte oder unzureichende Diagnostik zurückgeführt werden.	In diesem Fall stimmen objektive Befunde mit den subjektiven Beschwerden überein, sodass eine hohe Compliance und eine gewisse Bereitschaft für gesundheitsbezogenes Verhalten zu erwarten sind.

Die Prävalenzen zu einigen ausgewählten Gesundheitsbereichen sind zuvor in Kapitel 5 dargestellt worden. Im Vergleich mit späteren Lebensphasen und mit früheren Generationen stellt das Kindesalter gegenwärtig zwar einen relativ gesunden Abschnitt dar, dennoch lassen sich einige gesundheitliche Beeinträchtigungen beobachten, die entweder bereits aktuell oder zumindest auf Dauer die Lebensqualität mindern können. Vergleicht man solche objektiven Daten zur Kindergesundheit mit deren subjektivem Erleben von Beschwerden, so zeigt sich, dass „[...] *die selbst berichteten Prävalenzen um ein Vielfaches die offiziellen Kranken- und Verletztenquoten [übersteigen].*“⁶⁴³ Vorliegende Daten über wahrgenommene Symptome zeigen, dass Erschöpfungszustände, Einschlafschwierigkeiten und Kopfschmerzen bereits im Grundschulalter zum Alltag gehören.⁶⁴⁴ Zugleich ist allerdings festzuhalten, dass solche Beschwerden keineswegs mit einer ungünstigen Bewertung der eigenen Gesundheit einhergehen, vielmehr ist der überwiegende Teil der Heranwachsenden mit dem eigenen Gesundheitszustand sehr zufrieden. *„Die wahrgenommene Beeinträchtigung oder Gefährdung der eigenen Gesundheit spielt daher als persönliches Motiv für*

⁶⁴² vgl. von Troschke: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 555f; Myrtek: Gesunde Kranke – kranke Gesunde, S. 20.

⁶⁴³ Klein-Heßling: Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 20.

⁶⁴⁴ „ebd.“, S. 18ff, siehe auch Kapitel 5.1.

*Anstrengungen zur Gesundheitsförderung insbesondere im Jugendalter nur eine untergeordnete Rolle.*⁶⁴⁵ Diese Feststellung dürfte umso mehr noch für das Grundschulalter gelten.

6.2.3 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Ausgehend von dem zuvor erstellten Modell des Gesundheitshandelns soll abschließend und zusammenfassend diskutiert werden, welche Konsequenzen daraus für die Gesundheitsförderung in der Grundschule abzuleiten sind.

Wie zuvor erwähnt, eignen sich weder der objektive Gesundheitszustand (9) noch die subjektive Bewertungen (10) der Kinder als Ausgangspunkt für die Gesundheitsförderung. In beiden Fällen wird Gesundheit von der Mehrheit der Kinder als Selbstverständlichkeit erlebt und erfahren, ein ausreichendes Problembewusstsein ist noch nicht vorhanden. Teilweise kann dies sogar dazu führen, dass die Beschäftigung mit Gesundheitsthemen von Kindern als unnötig und langweilig wahrgenommen wird. Maßnahmen, deren Nutzen erst in der Zukunft liegen, finden dann nur wenig Akzeptanz, weshalb sich die Gesundheitsförderung an der Gegenwart orientieren sollte. *„Es reicht daher nicht aus, die Ziele eines Förderprogrammes festzulegen, sondern es kommt auch (und vor allem) darauf an, die Ziele an die betroffenen Gruppen zu vermitteln.“*⁶⁴⁶

Weitgehend außerhalb der Reichweite schulischer Intervention liegen die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen in denen Kinder heranwachsen (1) und die in ihnen erworbenen, individuellen biografischen Erfahrungen (4). Zugleich unterstreicht der hohe Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit die große Bedeutung der sozialen Umwelt für das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitshandeln der Kinder. Eine Gesundheitsförderung, die die Gesundheit der Kinder nachhaltig verbessern will, muss daher auch in diesen Bereichen hineinwirken. Dies erfordert zwangsläufig, Intervention auf das Elternhaus auszudehnen. Die umfassendsten und ambitioniertesten Ansätze gehen über das Setting Schule hinaus und integrieren die Gesundheitsförderung in die Stadtteil-Arbeit⁶⁴⁷.

Von den innerpsychischen Faktoren erscheint mir die Herausbildung von Selbstwirksamkeit und ähnlichen Formen der personalen Kontrolle (2) als zentrale Aufgabe schulischer Gesundheitsförderung. Kinder müssen lernen, dass (und wie) sie mit ihrem Handeln ihre Gesundheit fördern und erhalten können. Die generalisierte Selbstwirksamkeit erscheint mir zudem als wichtige Ressource bei der Stressbewältigung. Weitere Persönlichkeitseigenschaften (3), wie etwa die Risikowahrnehmung, gilt es - sofern möglich - ebenfalls zu schulen.

⁶⁴⁵ „ebd.“, S. 28.

⁶⁴⁶ vgl. Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 33.

⁶⁴⁷ Ein Beispiel hierfür wäre das Konzept „Campus Rütli“, der Berliner Rütli-Schule: www.ruetli-oberschule.de/dieschule/campusruetli/index.php (verfügbar am 05.03.10).

Den Kern des Gesundheitshandelns bildet das Gesundheitsbewusstsein (5). Konkrete Wissensinhalte sind als Grundlage dieses Gesundheitsbewusstseins unerlässlich. Gesundheitserziehung in der Grundschule bedeutet daher immer auch die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen. Nur mit der Zurückführung auf solche Wissenssegmente lassen sich die Einstellungen der Kinder begründet verändern. Rational-kognitive Inhalte dürften auch auf die Kosten-Nutzen-Analyse (6) Einfluss nehmen. Weiterhin gilt es Gesundheitskonzepte und Körperkonzepte der Kinder zu reflektieren, konfligierende gesellschaftliche Wertvorstellungen aufzuzeigen, auch mit dem Ziel, die Kinder zur kritischen Auseinandersetzung mit negativen Einflüssen aus den Massenmedien, der Produktwerbung oder der Peergroup zu befähigen. Da Gesundheits- und Körperkonzept immer mit dem Selbstkonzept eines Menschen verbunden sind, ist die Herausbildung einer stabilen Ich-Identität eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsförderung.

Dermaßen stabile Persönlichkeiten reagieren vermutlich auch weniger anfällig auf situationsspezifische Einflüsse (8). Eine Präventionsmöglichkeit sehe ich darin, die Schüler durch Probehandeln auf verschiedene Situationen vorzubereiten. Ein solches Verhaltenstraining bietet sich etwa als Konflikttraining, als Nein-Sage-Strategie gegen Suchtmittelkonsum und andere Risikoverhaltensweisen, oder auch als ein Verhaltenstraining zum Einhalten von Bewegungs- oder Ernährungsprogrammen an.

Die Verhaltensintention (7), ein bestimmtes Gesundheitshandeln auszuüben, lässt sich durch gemeinsame Beschlüsse der gesamten Schulklasse fördern. Dies kann über die Einführung und das Einhalten von Klassenregeln, etwa zur gesunden Ernährung oder zum fairen Streiten, geschehen, durch Projektstage oder durch die Teilnahme an gesundheitsbezogenen Wettbewerben. Das gemeinsame und kollektive Handeln der ganzen Schulklasse (oder im weitesten Sinne auch der gesamten Schule) kann ein guter Motivator sein, um gesundheitsbezogene Verhaltensweisen einzuführen und aufrechtzuhalten. Ein Beispiel hierfür wären Wettbewerbe wie das Programm „*Be smart, don't start*“ (vgl. Kapitel 6.1.1).

Teilweise werden diese Zusammenhänge in der Praxis der Gesundheitserziehung und -förderung nicht reflektiert. Auch bei der Gesamtkonzeption im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ fehlte m.E. eine Auseinandersetzung mit den theoretischen Zusammenhängen des Gesundheitsverhaltens bzw. -handelns. Daraus resultierten, wie unter 10.2.2 zu zeigen sein wird, Schwächen bei der Zielformulierung, wodurch die Planung der Wirkungsmessung erschwert wurde. Zwar ist keinesfalls auszuschließen, dass entsprechende Überlegungen in die Konzeption der spezifischen Fachbeiträge einzelner Projektpartner eingeflossen sind, dennoch denke ich, dass die Priorität weniger auf gesundheitsspezifische Wirkungsmodellen, sondern vielmehr auf den grundschuldidaktischen Überlegungen, v.a. der Schüler-, der Sach- und der Handlungsorientierung (vgl. Kapitel 4.4 und 4.5), gelegt wurde.

Im nächsten Kapitel werden verschiedene Ansätze gesundheitsbezogener Intervention dargestellt und diskutiert.

7 Konzepte zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung⁶⁴⁸

Es gibt sowohl hinsichtlich der anvisierten Ziele wie auch der zu ihrer Realisierung eingesetzten Methoden vielfältige Versuche, die Gesundheit von Kindern zu beeinflussen, wie das folgende Beispiel zeigen soll: Der Tag eines in Deutschland Heranwachsenden beginnt im Idealfall mit einem gesunden Frühstück, im Hintergrund läuft begleitend das so genannte „Frühstücksfernsehen“, in dem Werbespots zu sehen sind, mit denen Milch zielgruppenorientiert als „Energydrink“ vermarktet wird. Der Schulweg liegt dank der Initiative einer Bürgervertretung in einer Tempo-30-Zone und im Unterricht wird anhand von problemorientierter Jugendliteratur Alkohol- und Drogenkonsum thematisiert, während in der Pause von ausgebildeten Schülern geleitete Streitschlichter-Programme Auseinandersetzungen auf dem Schulhof regeln sollen. Der ansässige Sportverein organisiert, bezuschusst von öffentlichen Geldern, am Nachmittag ein Freizeit- und Bewegungsangebot und in den abendlichen Soaps unterstreichen die dargestellten Charaktere subtil den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Attraktivität.

Was hier überspitzt skizziert wurde, soll verdeutlichen, dass Kinder (ebenso wie Jugendliche und Erwachsene) vielfach mit gesundheitlichen Themen und möglichen Folgen ihrer häufig als ungesund charakterisierten Lebensweise konfrontiert werden. Auch wenn dabei die Mittel und Wege der verschiedenen Konzepte teilweise erheblich voneinander abweichen mögen, so haben die meisten von ihnen zum einen die Förderung bzw. den Erhalt der individuellen Gesundheit und zum anderen die Optimierung von gesundheitsbeeinflussenden Lebensbedingungen zum Ziel. Prinzipiell lassen sich diese beiden Dimensionen immer unterscheiden: die personenbezogene Verhaltensänderung (klassische Verhaltensprävention etwa über gesundheitserzieherische Maßnahmen) und die umweltbezogene Verhältnisänderung (Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz).⁶⁴⁹

Betrachtet man die Verteilung aller Gesundheitsausgaben in Deutschland (im Jahr 263 Milliarden Euro), so fällt auf, dass nur ein Bruchteil (ca. 10%) der Gesamtausgaben für vorbeugende Aktivitäten ausgegeben werden. Der weitaus größere Teil wird für pflegerische, therapeutische und kurative Leistungen aufgewendet.⁶⁵⁰ Es gibt in Deutschland also eine weit verzweigte Industrie, die von den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Menschen profitiert. Hierzu zählen in erster Linie die Pharmaindustrie und das Kurwesen.

⁶⁴⁸ Der Begriff „Gesundheitsförderung“ taucht in diesem Kapitel in zweierlei Hinsicht auf: Zum einen quasi alltagssprachlich-naiv im Sinne der Gesamtheit aller Bemühungen des gesundheitsbezogenen Vorbeugehandelns, und zum anderen als ein spezieller Interventionsansatz, als „Gesundheitsförderung als Konzept“, im Setting-Ansatz. Die Verwendung der Begriffe und Konzepte ist in den Gesundheitswissenschaften nicht einheitlich, was auf verschiedene wissenschaftliche Zugänge und einer sich historisch teilweise unabhängig davon entwickelnden, teilweise aus der Theorie abgeleiteten Praxis zurückzuführen ist. Siehe auch: Hurrelmann/Laaser: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 749ff.

⁶⁴⁹ vgl. Leppin: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S.36.

⁶⁵⁰ Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de (Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Ausgaben > Gesundheitsausgabenrechnung; 15.09.10).

Es lassen sich verschiedene Ansätze und Konzepte des vorbeugenden Versorgungshandelns unterscheiden: Abhängig von einer mehr oder minder starken Anlehnung an gesundheits- bzw. krankheitsorientierten Vorstellungen, wird von Krankheitsprävention (im Weiteren kurz: Prävention), Gesundheitserziehung (-aufklärung, -bildung), Gesundheitsförderung oder Empowerment for Health gesprochen (siehe auch Abbildung 7.1).



Abbildung 7.1: Die verschiedenen gegenwärtig praktizierten Vorbeugungskonzepte in ihrem Verhältnis zueinander und zu Krankheit und Gesundheit; aus Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 33.

Gesundheitserzieherische Ansätze und personenbezogene Präventionsmaßnahmen sind demnach eher als krankheitsorientiert (Pathogenese) anzusehen; bei der Gesundheitsförderung (als Konzept) und dem Empowerment liegt der Schwerpunkt stärker auf salutogene Dynamiken.⁶⁵¹ Während Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Empowerments im Wesentlichen die Entwicklung von allgemeinen Gesundheitsressourcen zum Ziel haben, orientieren sich präventive und gesundheitserzieherische Maßnahmen an der gezielten Vermeidung von spezifischen Gesundheitsstörungen. Wie die Abbildung 7.1 nahe legt, sind die verschiedenen Vorbeugungskonzepte nicht trennscharf, sie überschneiden sich in vielen Bereichen, und auch in den eingesetzten Verfahren und Methoden. Eine scharfe Abgrenzung ist nach Hurrelmann/Laaser weder möglich noch sinnvoll, da sonst „[...] eine unproduktive Spaltung von biomedizinischen und sozialwissenschaftlichen Arbeitsweisen [droht]. Deren sinnvolle Kombination ist aber notwendig, um - dem interdisziplinären Charakter der Gesundheitswissenschaften folgend - den anstehenden Herausforderungen an eine umfassende Gesundheitsversorgung gerecht zu werden. Je nach Ausgangslage sollte von Fall zu Fall entschieden werden, welche Interventionsform jeweils in den Vordergrund rückt; [...]“.⁶⁵²

⁶⁵¹ vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S.12.

⁶⁵² Hurrelmann/Laaser: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 752.

Die Interventionsformen, die in den verschiedenen Vorbeugungskonzepten zum Einsatz kommen, lassen sich in vier Kategorien einordnen:

- Edukative und kommunikative Maßnahmen,
- Normativ-regulative, legislative Maßnahmen und deren Kontrolle,
- Ökonomische Anreize und Kosten bzw. Bestrafungssysteme,
- (Bio-)technische und planerische Maßnahmen.

Die (bio-)technischen und planerischen Maßnahmen werden in einer von Leppin⁶⁵³ erstellten Systematik zwar nicht genannt, lassen sich aber als Äquivalent zu den Kategorien aus der (Verkehrs-)Unfallprävention⁶⁵⁴ auch auf die Gesundheitsförderung übertragen.

Eine weitere Anmerkung soll noch vorweggeschickt werden: Mit dem sich allmählich vollziehenden Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese (vgl. Kapitel 2) gewinnt Gesundheit eine neue Konnotation, die ihrerseits durchaus ambivalent gesehen werden kann. So bemerkt Faltermaier (1994), dass sich die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit fast zu einem neuen „Kult“ entwickelt hat. Der Körper habe als Medium der Selbststilisierung in den letzten Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen, woraus ein neuer sozialer Druck für den Einzelnen erwächst, fit zu sein, gesund zu sein, attraktiv zu sein.⁶⁵⁵

Eine ähnliche Kritik wurde von Kühn (1993) formuliert, der gesundheitsorientierte Lebensstile in den USA untersuchte und die mit ihnen verbundene Gesundheitsideologie als „Healthismus“ bezeichnete. Der us-amerikanische Staat hätte sich seiner Ansicht nach aus der Verantwortung für die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung zurückgezogen, und stattdessen durch eine entsprechende Informations- und Präventionspolitik die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten des Einzelnen im Gesundheitsverhalten überbetont, woraus sich der normative Zwang eines gesundheitsorientierten Lebensstils entwickelt habe:

„Die Menschen würden dazu gedrängt, Gesundheit als höchstes Lebensziel anzusehen, für ein Verhaltensregime gefügig gemacht zu werden, von denen sie glaubten, es könne zu diesem Ziel führen. Sie organisiere auch die entsprechenden Sanktionen wie Schuld, Zurückweisung und Isolierung und propagiere Strafen wie besondere Steuern und Beiträge für diejenigen, die diese Normen nicht übernähmen. [...] Healthismus in seinen verschiedenen Varianten ist kompatibel mit bzw. entspricht dem neokonservativen Ideal von 'persönlicher Verantwortung' im Sinne der Verinnerlichung von Schuld und Verhaltenslast.“⁶⁵⁶

Nach Schröder (2009) ist ein healthistischer Lebensstil gegenwärtig mit einer kommerziell-orientierten Gesundheitsindustrie verknüpft. Als Beleg dafür nennt er im Alltag verbreitete, am Individuum ansetzende Konzepte wie Fitness, Wellness, Anti-Aging und die Lifestyle-Medizin. In Übereinstimmung mit Kühn kritisiert Schröder, dass diese Angebote sich vor allem an den gesellschaftlichen Mittelschichten

⁶⁵³ Leppin: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 37.

⁶⁵⁴ vgl. Schlag/Richter: Internationale Ansätze zur Prävention von Kinderverkehrsunfällen. In: Zeitschrift für Verkehrserziehung. Heft 4 (2005), S. 182-188.

⁶⁵⁵ vgl. Faltermaier: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, S. 69.

⁶⁵⁶ Kühn: Healthismus, S. 69.

orientieren, und dass sie auf Grund ihres ausgeprägten kommerziellen Charakters Bevölkerungsgruppen mit geringen sozio-ökonomischen Status von den durchaus vorhandenen Möglichkeiten dieser Form der Gesundheitsförderung ausschließen würden.⁶⁵⁷

Damit ist bereits ein Hinweis auf das Unterkapitel 7.5 gegeben, dass sich mit den Möglichkeiten und Grenzen schulischer Gesundheitsförderung bei Risikogruppen auseinandersetzt. Im Weiteren gilt es jedoch zunächst die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der vier Konzepte (Prävention, Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung als Konzept und Empowerment for Health) anhand ihrer Grundannahmen, ihrer Ziele und Interventionsformen darzustellen.

7.1 Prävention

„Im allgemeinsten Sinn dienen Präventionsmaßnahmen dazu, in der Gegenwart etwas zu unternehmen, um unangenehme oder unerwünschte Zustände in der Zukunft zu vermeiden.“⁶⁵⁸

Zu den Aufgaben von Prävention zählen die Kontrolle des Krankenstandes (Gesundheitsberichterstattung), die Früherkennung von Gesundheitsstörungen, der Abbau von Risikofaktoren im individuellen Verhalten wie in der Umwelt, sowie die Verhinderung von Rückfällen bei bereits aufgetretenen Gesundheitsstörungen.

Als wichtigste Konsequenz des Präventionsgedanken - d.h. bereits vorab jeder Erkrankung ihr Auftreten zu verhindern, oder zumindest ihre Auftretenswahrscheinlichkeit zu reduzieren - folgt, da nicht immer genau bestimmt werden kann, welche Individuen von einer Erkrankung besonders bedroht sind, dass Prävention sich zwar an Risikogruppen orientieren sollte, ansonsten aber weitgehend unspezifisch auf eine Breitenwirkung abzielen muss. Das Spektrum der Zielgruppenorientierung bei Präventionskonzepten reicht daher von einer Fokussierung auf Hochrisikogruppen bis hin zu einem die gesamte Bevölkerung einschließenden Ansatz (so genanntes „Gießkannen-Prinzip“). Bei Hochrisikogruppen ist die Kosten-Nutzen-Effizienz der Prävention höher, bei bevölkerungsbezogenen Maßnahmen ist die Effektivität (keine Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation) größer.⁶⁵⁹

Üblich ist eine Einteilung von Präventionsmaßnahmen in

- *primäre* (Bekämpfung der Ursachen; Verbesserung der Lebensbedingungen, um das Auftreten von Risikofaktoren zu vermeiden),
- *sekundäre* (Früherkennung von Krankheiten und Verhinderung ihrer Ausbreitung),
- *tertiäre* Prävention (Rehabilitation mit dem Ziel, Verschlimmerung, Wieder- oder Folgeerkrankungen zu vermeiden).

⁶⁵⁷ Schröder: Healthismus und Wellness. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 490ff.

⁶⁵⁸ vgl. Leppin: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 31.

⁶⁵⁹ vgl. „ebd.“, S. 31ff.

Einzig die Primärprävention setzt demnach tatsächlich vor dem Eintreten einer Krankheit an. Maßnahmen der Sekundärprävention finden im Frühstadium einer Krankheit statt, während Interventionen im Rahmen der tertiären Prävention erst bei Manifestation oder sogar erst nach Überwindung einer Erkrankung vorgenommen werden.⁶⁶⁰ Für Bergmann & Bergmann (2004) zählen die in Tabelle 7.1 genannten Bereiche zu den wesentlichen Präventionsfeldern des Kindesalters.

Tabelle 7.1: Prävention im Kindesalter⁶⁶¹

Primäre Prävention	Vermeidbare Gesundheitsprobleme, die früh im Kindesalter auftreten können.	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Impfung vermeidbare Infektionskrankheiten • Verletzungen und Sterblichkeit durch Unfälle, Vergiftungen und Aspiration • Plötzlicher Säuglingstod • Krankheiten durch Nährstoffmangel • Milchzahnkaries • Infektionen wie Durchfall, Hautinfektionen durch mangelnde Hygiene • Mittelohrentzündungen • Atemwegserkrankungen durch Passiv-Rauchen • Sonnenbrand
	Krankheiten, die sich erst später entwickeln, denen man aber teilweise frühzeitig vorbeugen kann.	<ul style="list-style-type: none"> • Übergewicht und Adipositas • Karies der bleibenden Zähne, Zahnverlust • Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom • Unfallträchtiges Risikoverhalten • Krebsarten, die mit dem Zigarettenrauchen in Zusammenhang stehen • Diabetes mellitus Typ II • Vorzeitiges Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Sekundäre Prävention		<ul style="list-style-type: none"> • Stoffwechsel-Screening bei Neugeborenen • Kindervorsorgeprogramm
Tertiäre Prävention		<ul style="list-style-type: none"> • Bei chronischen Krankheiten • Angeborenen Behinderungen, Fehlbildungen • Unfallverletzungen

Bei der Umsetzung von Prävention lassen sich zwei Wege unterscheiden: zum einen die Bekämpfung (Ausrottung) der jeweiligen Krankheitserreger bzw. angenommenen Krankheitsursachen, zum anderen die Stärkung des Immunsystems bzw. aller Verhaltensweisen, die zum Erhalt der Gesundheit beitragen. Praktische Anwendung findet der Präventionsgedanke etwa in den folgenden Maßnahmen: Quarantäne, Schutzimpfung, medikamentöse Interventionen, kursförmige Verhaltenstrainings, Einrichtung von Nichtraucherzonen, mediale Aufklärungskampagnen.⁶⁶²

Die historischen Wurzeln liegen in der Impf-Prävention, die seit dem 19. Jahrhundert erfolgreich zur Bekämpfung von Massenepidemien beigetragen hat. Durch die Verabreichung schwacher Krankheitserreger bildet die Immunabwehr des kontrolliert

⁶⁶⁰ vgl. „ebd.“

⁶⁶¹ vgl. Bergmann/Bergmann: Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 55ff.

⁶⁶² vgl. Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S.128.

und geringfügig infizierten Körpers eigene Antikörper aus, die den Körper in die Lage versetzen, eine bedrohliche Ansteckung mit wesentlich stärkeren Bakterien oder Viren abzuwehren. Dieses Verfahren wird als „aktive Immunisierung“ bezeichnet. Bei der „passiven Immunisierung“ werden dem Körper direkt die notwendigen Antikörper gespritzt, sodass diese sofort verfügbar sind. Allerdings wird durch diese Form der Impfung das Immunsystem nicht zur Ausbildung einer körpereigenen Immunabwehr angeregt, der Impfschutz geht mit dem Ausscheiden der Antikörper wieder verloren.

Schnabel (2007)⁶⁶³ kritisiert, dass ein solcher Impf-Gedanke im Präventionsansatz immer noch eine dominierende Rolle einnimmt, obwohl er angesichts der modernen Krankheitsphänomene seine Gültigkeit als ein „Allheilmittel“ weitgehend verloren habe. Aus der biomedizinischen Schutz-Impfung sei das Prinzip der Verhaltensimpfung hervorgegangen. Allerdings lassen sich die Prinzipien der Schutz-Impfung nicht ohne Weiteres auf die Verhaltensimpfung übertragen, wie Bergmann/Bergmann (2004) erläutern: *„So könnte man annehmen, dass die Empfehlung, weniger zu essen und sich mehr zu bewegen, die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung vermindern müsste. Das ist aber offensichtlich nicht so. Die Ätiologie ist eben komplexer, als es diese ‚mechanistische‘ Sicht von der Entstehung nahe legt.“*⁶⁶⁴

Eine solche Kritik am Präventionsansatz will dabei allerdings keinesfalls der Gesundheitsförderung ihre medizinische Basis rauben. Medizinisch-epidemiologische Erkenntnisse und Daten bilden weiterhin eine wichtige Grundlage für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen. Die Schwäche des Präventionsgedanken liegt für Schnabel (2007) vielmehr darin, dass er sich zu stark an den Symptomen⁶⁶⁵ orientiere und zu wenig an den zu Grunde liegenden Ursachen.

*„Das pädagogische Dilemma, welches alle diese Maßnahmen zu bewältigen haben, besteht darin, dass es sich bei den als riskant definierten und zur Abschaffung empfohlenen um Einstellungen, Verhaltensweisen und deren körperlichen Folgen handelt, die mit der Kultur und Lebenswelt ihrer Träger eng verbunden sind und für die meisten von ihnen bis ins Erwachsenenalter hinein zu einem Weg geworden sind, um mit Konflikten und Überlebensproblemen besser fertig zu werden.“*⁶⁶⁶

Primärprävention ist daher dann am erfolgreichsten, wenn sie in einer Lebensphase ansetzt, in der diese Einstellungen und Verhaltensweisen noch nicht ausgebildet wurden, wie im Kindesalter. Für Schnabel (2004) folgt daraus notwendigerweise eine

⁶⁶³ vgl. „ebd.“, S.119ff.

⁶⁶⁴ Bergmann/Bergmann: Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 60.

⁶⁶⁵ Ein Symptom ist im klassischen medizinischen Erklärungsmodell ein Indikator für eine nicht normale Funktionsweise des Organismus oder von Teilen des Organismus. Als nicht normal gelten solche Funktionsweisen, die von den üblichen Normen und Erwartungswerten abweichen. Normalität und Abnormalität sind in diesem Modell eindeutig trennbare Zustände. (Hurrelmann: Sozialisation und Gesundheit, S. 121.)

⁶⁶⁶ Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S.126.

integrierte Frühförderung in Familie und Schule.⁶⁶⁷ Klotter gibt allerdings zu bedenken, dass die Präventions-Logik, demnach eine möglichst frühzeitige Intervention den höchsten Präventionserfolg zur Folge hat, zwar theoretisch plausibel erscheint, allerdings (zumindest für die Prävention von Übergewicht und Adipositas, siehe auch Kapitel 5.3.2.3) entgegen dieser Alltagslogik empirisch keinesfalls gestützt ist: „*Das möglichst frühzeitige Eingreifen erstickt die Krankheit sozusagen nicht im Keim.*“⁶⁶⁸

7.2 Gesundheitserziehung, -aufklärung, -bildung

Die Methoden der Gesundheitserziehung, -bildung und -aufklärung sind sowohl in klassischen Präventionsmaßnahmen wie auch in der Gesundheitsförderung als Konzept und im Empowerment for Health zentrale Bestandteile, um Individuen von gesundheitsorientierten Verhaltensweisen zu überzeugen. Obwohl sie somit „*quer*“ zu den verschiedenen Konzepten liegen, stellen sie - trotz im Detail vorhandener Unterschiede - einen homogenen Ansatz dar, insofern sie bemüht sind, den Einzelnen von den Vorteilen einer gesundheitsorientierten Lebensgestaltung zu überzeugen, und die für ein eigenverantwortliches Gesundheitshandeln nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln. Bei der Vermittlung wird dabei im hohen Maße auf das Fachwissen von Experten zurückgegriffen. Mehr als alle anderen Vorbeugungskonzepte zielen Gesundheitserziehung, -bildung und -aufklärung konkret auf die Verhaltensprävention der informierten Personen ab. Alle drei sind im weiteren Sinne als edukative Verfahren anzusehen.

Bei der gesundheitlichen Aufklärung werden zumeist Massenmedien eingesetzt, mit denen breite Bevölkerungsgruppen über Krankheitsrisiken, deren Ursachen und Präventionsmöglichkeiten informiert werden sollen. Bei der Gesundheitsbildung liegt der Fokus entweder auf allgemeinbildende, deskriptive Inhalte der Gesundheitswissenschaften oder auf spezifisch-normative Appelle. Sie richtet sich in erster Linie an Erwachsene. Bei der Gesundheitserziehung werden bestimmte Personen oder Zielgruppen von entsprechend ausgebildeten Experten oder geschulten Multiplikatoren (z.B. Lehrer) mit einem bestimmten Erziehungsziel unterrichtet.⁶⁶⁹

Homogen sind die drei Ansätze insofern, da ihnen die Annahme zu Grunde liegt, dass Unwissenheit, Bequemlichkeit und Unvermögen die wesentlichen Ursachen dafür sind, „[...] *dass Menschen, insbesondere junge Menschen es nicht fertig bringen bzw. wollen, ihr Verhalten, ihre Lebens- und Arbeitsbiografie in einer Weise einzurichten, die ihnen ein möglichst befriedigendes und gesundes Überleben in einer von zunehmenden Risiken bestimmten Umwelt sichert.*“⁶⁷⁰ Das gemeinsame Ziel der verschiedenen Vorgehensweisen ist die Veränderung des Verhaltens durch

⁶⁶⁷ vgl. Schnabel: Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 289.

⁶⁶⁸ Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 173. Siehe auch: Warschburger: Ernährung und Gewichtskontrolle. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 207.

⁶⁶⁹ Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 109.

⁶⁷⁰ „ebd.“, S. 111.

die Vermehrung gesundheitsbezogenen Wissens, über Erziehung und Bildung, Informationen und Aufklärung, Beratung oder Verhaltenstrainings. Sie folgen einem Rationalitätsprinzip, das davon ausgeht, dass „vernünftige“ und lernfähige Menschen die auf einer kognitiven, affektiven oder motivationalen Ebene angebotenen Informationen annehmen und in ihrem Gesundheitsverhalten umsetzen.⁶⁷¹ Theoretische Grundlage hierfür sind u.a. die unter Kapitel 6.1 diskutierten psychologischen Verhaltensmodelle.

Pudel (2004) bezweifelt, mit Verweis auf die Ernährungsberichte der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), die Gültigkeit eines solchen Rationalitätsprinzips, da sich trotz einer Vielzahl an Kampagnen zum Ernährungsverhalten dieses nicht verändert.⁶⁷² Er führt dies auch auf das Nicht-identisch-Sein der Begriffe „Ernährung“ und „Essen“ zurück, demnach Ernährungsregeln die kognitiv-rationale Seite ansprechen, das Essverhalten aber vielmehr eine emotional regulierte Bedürfnisbefriedigung darstellen würde. Die das Essverhalten prägenden Bedürfnisse sind dabei vielfach andere als nur solche der reinen Nahrungsaufnahme.⁶⁷³

Für Schnabel (2007) folgt aus den bisherigen Erfahrungen mit gesundheitserzieherischen Maßnahmen, dass diese vor allem dann erfolgreich sind, *„[...] wenn ihre Botschaften einfach sind und wenn die durch sie propagierten Forderungen an Individuen und Gesellschaft bei relativ wenig Veränderung ein Höchstmaß an schnell überprüfbaren Gewinnen garantieren.“*⁶⁷⁴

Die drei Ansätze stehen in einer originär aufklärerischen, pädagogischen Tradition. Ihre Wurzeln reichen, ebenso wie die der Prävention, bis in das 19. Jahrhundert zurück. In der Phase der Industrialisierung und der mit ihr einhergehenden Wohnsituation für Industriearbeiter in den schnell wachsenden industriellen Großstädten wurden unhygienische Lebensbedingungen als eine Ursache für die Ausbreitung von Epidemien erkannt. Fortan wurden gesundheitserzieherische Inhalte in den (staatlichen) Erziehungseinrichtungen (Schulen, Volkshochschulen, Militär) vermittelt. Die Tradition dieser Maßnahmen ist für eine Arbeit im Kontext schulischer Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung, sodass die Geschichte der Gesundheitserziehung im Folgenden nachgezeichnet werden soll.

7.2.1 Entwicklungslinien bei der Etablierung schulischer Gesundheitserziehung in Deutschland

Im Weiteren sollen die wesentlichen Entwicklungslinien der Gesundheitserziehung in Deutschland skizziert werden. Dabei geht es auch darum, den gesellschaftshistorischen Hintergrund zu rekonstruieren, in den das Bildungs- und das Gesundheitssystem eingebunden sind, weshalb auch einige außerhalb des unmittelbar Pädagogischen liegende Einflussgrößen berücksichtigt werden müssen.

⁶⁷¹ vgl. Klotter: Einführung Ernährungspsychologie, S. 164.

⁶⁷² vgl. Pudel: Prävention von Ernährungsstörungen. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S.112.

⁶⁷³ vgl. „ebd.“, S. 113.

⁶⁷⁴ Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 149.

Ich orientiere ich mich dabei weitgehend an der Darstellung von Cromm (2007), der die Genese gesundheitserzieherischer Maßnahmen vom Deutschen Kaiserreich (1871-1918) bis in die unmittelbare Nachkriegszeit hinein beschrieben hat.⁶⁷⁵ Nach der Etablierung der Gesundheitserziehung und ihrer Inhalte im Bildungssystem ging es dann ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem um die Methodik, mit der die Gesundheitserziehung realisiert werden sollte. Dieser methodisch-didaktischen Entwicklung ist das Kapitel 7.2.2 gewidmet.

Bis in das frühe 19. Jahrhundert hinein war die öffentliche Gesundheitssicherung in den Städten und Staaten weitgehend Bestandteil einer Bevölkerungspolitik, die in erster Linie hegemoniale Machtinteressen verfolgte und weniger auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse betrieben wurde. Erst mit Beginn der Industrialisierung wuchs in den westeuropäischen Industrienationen das öffentliche Interesse an einer medizinisch fundierten Gesundheitssicherung. Zum einen, weil die schnellwachsenden Industriestädte einen guten Nährboden für die Ausbreitung von zahlreichen Infektionskrankheiten bildeten, zum anderen, weil mit der industriellen Produktion der Bedarf an gesunden und leistungsfähigen Arbeitern stieg.⁶⁷⁶

Zu den markantesten gesundheitspolitischen Maßnahmen in Deutschland zählten die Sozialgesetze des Reichskanzlers von Bismarck am Ende des 19. Jahrhunderts. Zu diesen ersten Sozialgesetzen gehörten das *Krankenversicherungsgesetz* (1883), das *Unfallversicherungsgesetz* (1884) sowie das *Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz* (1889). Diese Gesetze entstanden allerdings weniger aus Fürsorge um den Gesundheitszustand der Bevölkerung heraus, sondern vielmehr aus der Sorge, die Arbeiterklasse könnte sich unter den Organisationen der Sozialdemokratie formieren und gegen die staatliche Autorität wenden.⁶⁷⁷

Wichtige Impulse für staatliche Eingriffe in die Gesundheitspolitik kamen zudem aus der Gesundheitsstatistik, mit der die Verbreitung von Krankheiten innerhalb der Bevölkerung ebenso erfasst wurde, wie Bevölkerungsgruppen mit erhöhten Erkrankungsrisiken.⁶⁷⁸ Außerdem wurde die Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen anhand von Krankenständen und Sterbetafeln beurteilbar. *„Als Interventionsformen der Gesundheitsfürsorge bildeten sich nach und nach die dauernde ärztliche Beobachtung gesundheitsgefährdeter/ -gefährdender Bevölkerungsgruppen, die frühzeitige Feststellung von Krankheitsanlagen und Krankheitsanfängen und schließlich hygienische Aufklärung, Beratung und Erziehung heraus.“*⁶⁷⁹

Einen Ausgangspunkt für die organisierte und institutionalisierte Gesundheitserziehung/-aufklärung in Deutschland sieht Cromm in der Gründung des *Reichsgesundheitsamtes* (1873), dessen Einrichtung mit der größeren ökonomischen und militärischen Leistungsfähigkeit einer gesunden Bevölkerung legitimiert wurde. Das Selbstverständnis und den Anspruch des Wilhelminischen Staates als

⁶⁷⁵ vgl. Cromm: Gesundheitserziehung in der Schule vom Kaiserreich bis zur Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Ehmer/Ferdinand/Reulecke (Hrsg.): Herausforderung Bevölkerung, S. 163-179.

⁶⁷⁶ vgl. Labisch/Woelk: Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser/Razum: Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 59ff.

⁶⁷⁷ vgl. Görtemaker: Deutschland im 19. Jahrhundert, S. 295.

⁶⁷⁸ vgl. Fischer: Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens. Band 2, S. 421ff.

⁶⁷⁹ Labisch/Woelk: Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser/Razum: Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 67.

wirtschaftliche und militärische Großmacht ließ sich ohne eine leistungsfähige und gesunde Bevölkerung nicht aufrechterhalten. Das Erziehungsideal dieser Zeit war geprägt von dem Bild des soldatischen Charakters, der körperlich gesund und produktiv, sowie in jeder Hinsicht gehorsam, dem Vaterland von größtem Nutzen ist. Die nachlassende militärische Tauglichkeit der Rekruten und die Erkenntnis, dass „[...] *schwere körperliche Schäden bei der deutschen Schuljugend durch die Kinderarbeit entstanden waren*, [...]“⁶⁸⁰ führten schließlich auf Druck des Militärs zu einem Verbot der Kinderarbeit (vor dem neunten Lebensjahr) im Jahr 1839.⁶⁸¹

Eine zweite Entwicklungslinie sieht Cromm in der *Lebensreformbewegung* in der Zeit der Jahrhundertwende: Naturerfahrung, Ganzheitlichkeit und Selbstbestimmung des Menschen wurden zu den Leitbildern der in dieser Zeit heranwachsenden Generation, ihrem weitverbreiteten Selbstverständnis, als „*Jugendbewegung*“ und der mit ihnen verbundenen Pädagogen, den „*Reformpädagogen*“. Die Vision des „*neuen*“ Mensch war ein „*junger*“, war ein „*gesunder, vitaler*“ Mensch, der symbolhaft für den Bruch mit dem bestehenden traditionellen Kaiserreich und seiner Obrigkeitsorientierung stand. Diese avantgardistisch-gesellschaftskritische Perspektive, die gerade auch den Eigenwert des Subjekts hervorhob, stand im Gegensatz zu der rationalistischen Funktionalität in der staatlichen Gesundheitspolitik - einen Konflikt, den Cromm bis heute in der gesundheitlichen Aufklärung enthalten sieht.⁶⁸²

Schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts waren viele Ärzte über den Gesundheitszustand der Schulkinder besorgt und forderten verschiedene Maßnahmen ein, um die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu reduzieren. Hierzu gehörten höhere hygienische Ansprüche an die Schulgebäude und Klassenzimmer, regelmäßiges Baden der Kinder und die Forderung nach einem Verbot der Prügelstrafe. Bereits um 1850 sprachen sich Medizinalräte und Ärzte für die Einführung von Schulärzten aus, die den Gesundheitszustand der Kinder überwachen und die Verbreitung von Kinderkrankheiten in den Schulen eindämmen sollten. Es dauerte jedoch einige Zeit, bis diese Forderungen erfüllt wurden. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden zwar die ersten Amtsärzte eingestellt, regelmäßige und flächendeckende Untersuchungen konnten allerdings erst in der Zeit der Weimarer Republik realisiert werden.⁶⁸³

Zuvor waren mit den 1872, vom damaligen Kultusminister Falk erlassenen Schulgesetzen vermehrt auch gesundheitliche Fragen von Schule und Unterricht in den Blick genommen worden:

„Das Schulzimmer muß mindestens so groß sein, dass auf jedes Schulkind ein Flächenraum von 0,6 m² kommt, auch ist dafür zu sorgen, daß es hell und luftig sei, eine gute Ventilation habe, Schutz gegen die Witterung gewähre und ausreichend mit Fenstervorhängen versehen sei. Die Schultische und Bänke

⁶⁸⁰ Fischer: Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens, Band 2, S. 541.

⁶⁸¹ „ebd.“, S. 481.

⁶⁸² vgl. Cromm: Gesundheitserziehung in der Schule vom Kaiserreich bis zur Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, S. 163.

⁶⁸³ vgl. Fischer: Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens, Band 2, S. 540ff.

*müssen in ausreichender Zahl vorhanden und so eingerichtet und aufgestellt sein, daß alle Kinder ohne Schaden für ihre Gesundheit sitzen und arbeiten können.*⁶⁸⁴

Auf curricularer Ebene gehörte die Gesundheitserziehung zumindest in Preußen bis 1918 nicht zum Lehrplan. Erst mit der *Reichsschulkonferenz* von 1920 wurden Leitsätze zur hygienischen und körperlichen Erziehung vorgegeben, die mit den nachfolgenden Schulgesetzen in der Schulpraxis wirksam wurden. Die Gesundheitslehre wurde daraufhin in der Weimarer Republik in den Lehrplänen aller Schultypen verankert.

*„Die Schulbücher der Biologie zur Weimarer Zeit ähneln ihren Vorgängern aus der Kaiserzeit, jetzt angereichert z.B. mit Statistiken über die Schädigung von Gesundheit und Volkswirtschaft durch Alkohol und über die öffentliche Gesundheitspflege. Auch hier wieder die Regel: 'Mäßigkeit im Essen und Trinken sowie Regelmäßigkeit in der gesamten Lebensführung [sind] die Grundbedingungen alles Wohlbefindens.' Mit 'Wohlbefinden' ist in Kaiserzeit und Weimarer Republik ein Ausdruck für individuelle, subjektive Befindlichkeit verbreitet.*⁶⁸⁵

Auch außerhalb von Schule und Unterricht schritt während der Weimarer Republik die öffentliche Gesundheitsfürsorge voran: Im Jahr 1921 wurde der *Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung* gegründet, 1925 eröffnete das *Museum für Leibesübungen* in Berlin, 1926 fand eine *Reichsgesundheitswoche* statt und 1930 öffnete in Dresden das *Deutsche Hygienemuseum*.

Im Nationalsozialismus wurden Gesundheitspolitik und -erziehung ebenso wie viele andere Bereiche von den Machthabern für ihre rassistische Ideologie missbraucht. 1933 löste der *Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst* den für *hygienische Volksbelehrung* ab. Gesundheitsfragen wurden zunehmend auf bevölkerungs- und rassenhygienische Themen reduziert. *Gesundheit* wurde durch *Volksgesundheit* ersetzt; die Schüler wurden über Rassenhygiene, Rassenkunde und Ahnenkunde unterrichtet.

*„Wie auch für andere Lebensbereiche gehörte es ebenso hier zum Konzept des Nationalsozialismus, dass der Nutzen für die Gemeinschaft vorrangige Argumentationslinie ist. Gesunderhaltung wird zur Pflicht des Einzelnen als Beitrag zum gesunden Ganzen, zum Volkskörper, mehr noch: in die Zukunft gerichtet zur Erhaltung und Weitergabe gesunden Erbgutes.*⁶⁸⁶

Mit der Gleichschaltung der verschiedenen Jugendorganisationen unter den nationalsozialistischen Jugendverbänden (zu nennen sind hier v.a. die *Hitler-Jugend* und der *Bund deutscher Mädchen*) gewannen zudem die außerschulischen Erziehungsinstitutionen im Nationalsozialismus an Bedeutung. Auch in ihnen wurden eine sozialdarwinistische Rassenlehre und Körperertüchtigung als Basis der

⁶⁸⁴ Allgemeine Verfügungen über die Einrichtung, Aufgabe und Ziel der preußischen Volksschule (1872), zitiert nach: Scheibe (Hrsg.): Zur Geschichte der Volksschule. Band 2, S. 29.

⁶⁸⁵ vgl. Cromm: Gesundheitserziehung in der Schule vom Kaiserreich bis zur Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, S. 174.

⁶⁸⁶ „ebd.“, S. 167.

Volksgesundheit propagiert. Das Jahr 1939 wurde von dem Reichsjugendführer Baldur von Schirach zum *Jahr der Gesundheitspflicht* erklärt.

In der unmittelbaren Nachkriegszeit besaßen präventive Maßnahmen innerhalb des Gesundheitswesens angesichts der vielen Kriegsversehrten zunächst nur eine geringe Bedeutung. An die Tradition des in der Weimarer Zeit in Dresden gegründeten *Deutschen Hygienemuseums* anknüpfend, wurde 1948 in Köln das *Deutsche Gesundheitsmuseum* eingerichtet, aus dem später (1967) die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BzgA) hervorging. Die Hauptthemen in den ersten Jahren nach dem Krieg waren Säuglingspflege, Ernährung, Hygiene und Suchtgefahren.⁶⁸⁷

Mit dem Wiederaufbau etablierten sich allmählich auch die gesundheitliche Aufklärung und die Gesundheitserziehung im Bildungssystem der Bundesrepublik. Ihre Notwendigkeit stand mittlerweile außer Zweifel, unklar war dagegen, mit welchen Methoden und Konzepten erfolgreich Einfluss auf das Gesundheitshandeln der Bevölkerung genommen werden sollte. Ende der 1970er Jahre fasste die Kultusministerkonferenz (01.06.1979) einen Grundsatzbeschluss zur Gesundheitserziehung in der Schule, mit dem der Stellenwert der Gesundheitserziehung zwar hervorgehoben, konkrete Vorgaben und verbindliche Ziele aber nicht genannt wurden, sodass diese Beschlüsse bis heute unterschiedlich umgesetzt werden.⁶⁸⁸ Es kam infolgedessen zwar zur Verankerung der Gesundheitserziehung in den Lehrplänen der allgemeinen und berufsbildenden Schulen, sie wurde dabei aber weniger als ein allgemeines Prinzip, sondern hauptsächlich als ein Unterrichtsgegenstand neben vielen anderen verstanden und blieb in der Schulpraxis in der Regel auf die Fächer Sachunterricht/Biologie, Sozialkunde und den Deutschunterricht beschränkt.⁶⁸⁹

7.2.2 Methodisch-didaktische Entwicklungen

Von Beginn an (bereits in der Weimarer Republik und in der Zeit des Nationalsozialismus wurde Gesundheit mit Lebensfreude und Krankheit mit Ängsten assoziiert) wurden in der Gesundheitserziehung emotionsorientierte Ansätze eingesetzt, um durch Ängste und Unsicherheiten (negative Emotionen) bzw. durch den Aufbau von Selbstvertrauen und -wertgefühl (positive Emotionen) ein gewünschtes Gesundheitsverhalten zu bewirken. Die Inhalte waren, wie zuvor beschrieben, zunächst v.a. das Hygiene- und Ernährungsverhalten, sowie die Suchtprävention.

Emotionsorientierte Verfahren sind bis heute weit verbreitet geblieben. Sowohl bei der Induktion von positiven wie auch von negativen Emotionen wurde (und wird) versucht, Verhalten und Stimmungen zu verknüpfen, damit sie erwünschte Verhaltensweisen attraktiv und unerwünschte unattraktiv erscheinen lassen. Positive Emotionen, im erweiterten Sinne auch Selbstvertrauen und -wertgefühl, lassen sich

⁶⁸⁷ vgl. „ebd.“

⁶⁸⁸ vgl. Emundts: Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen bildungspolitischer Diskussion. In: Priebe, u.a. (Hrsg.): *Gesunde Schule*, S. 280f.

⁶⁸⁹ Leppin: Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip (u.a.): *Jugend und Gesundheit*, S. 236.

dabei als personale Ressource etwa zur Stressbewältigung begreifen. Allerdings zeigte sich bei der Induktion positiver Emotionen das Problem, dass die Zielrichtung der Verhaltensänderung nicht eindeutig bestimmt und nachhaltig verändert werden konnte.⁶⁹⁰

„Es reicht jedoch nicht aus, positive Emotionen von außen zu induzieren. Auch hier gilt, dass das Kind oder der Jugendliche dazu in die Lage versetzt werden muss, Wege zu einer angemessenen Selbstwerterhöhung zu finden, die die Funktionen übernehmen können, die mit unangemessenen Strategien zur Selbstwerterhöhung verfolgt werden. Für den Betroffenen müssen Handlungsalternativen erkennbar werden, die er einsetzen kann, um selbstgesteuert in angemessener Weise seine Emotionen zu regulieren.“⁶⁹¹

Die Berücksichtigung positiver Emotionen bei der Implementierung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ist in gewisser Hinsicht sinnvoll, kann aber andere methodische Ansätze eher ergänzen und keinesfalls ersetzen.

Ausgehend von der Annahme, dass die Risikowahrnehmung maßgeblich das Gesundheitsverhalten beeinflusst (vgl. die in Kapitel 6.1 genannten Gesundheitsverhaltensmodelle), wurde versucht, Einstellungs- und Verhaltensänderungen durch Risikokommunikation zu bewirken. In verschiedenen Varianten ist die Risikokommunikation heute noch weit verbreitet. Das Spektrum einer solchen „*Prävention durch Angst*“⁶⁹² reicht von einer sachlichen Wiedergabe der Fakten (Informationsappelle) bis hin zu einer Übersteigerung und Inszenierung der negativen Folgen von ungewünschten Verhaltensweisen (Furchtappelle).

„Unter Furchtappellen werden persuasive Botschaften verstanden, welche dem Empfänger mitteilen, dass für ihn relevante Werte (wie Leben, Gesundheit, Eigentum etc.) bedroht sind. Furchtappelle bestehen aus verbalem oder nonverbalem Material, welche beim Empfänger Furcht auslösen und hierdurch Einstellungs- oder Verhaltensveränderungen bewirken sollen.“⁶⁹³

Vor allem von den 1950er bis in die 1970er Jahre hinein fand dieser individuumsbezogene Abschreckungsansatz in der Suchtprävention Verwendung, als mit Filmen und Bildern die negativen Folgen von Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum verdeutlicht werden sollten.⁶⁹⁴ Ein weiteres Anwendungsfeld war und ist der Straßenverkehr, etwa in dem in Filmen oder auf Plakaten⁶⁹⁵ am Straßenrand die Folgen des Fahrens unter Alkoholeinfluss oder mit erhöhter Geschwindigkeit dargestellt werden.

⁶⁹⁰ Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 39.

⁶⁹¹ Lohaus/Lißmann: Entwicklungsveränderungen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 72.

⁶⁹² So der Titel einer Expertise der Bundeszentrale zur gesundheitlichen Aufklärung über die Wirkung von Furchtappellen. Barth/Bengel: Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. Köln: BzgA 1998.

⁶⁹³ „ebd.“, S. 51.

⁶⁹⁴ Leppin: Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip u.a. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit, S. 235.

⁶⁹⁵ Etwa in der Kampagne „Runter vom Gas!“ des Bundesverkehrsministeriums und des Deutschen Verkehrssicherheitsrats aus dem Jahr 2008: www.runter-vom-gas.de (verfügbar am: 09.03.10),

In den Gesundheitswissenschaften ist die Wirksamkeit derartiger Ansätze allerdings umstritten: Lohaus (1993) kritisiert, dass angstinduzierende Programme keine Handlungsalternativen anbieten, weshalb er ihnen nur eine geringe Effektivität zuschreibt. Vielmehr geht er sogar davon aus, dass solche Maßnahmen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen verhindern können,⁶⁹⁶ und auch Faltermaier (2005) weist darauf hin, dass Furchtappelle zu einer Verstärkung des unerwünschten Verhaltens (Bumerang-Effekt)⁶⁹⁷ führen können. In eine ähnliche Richtung argumentiert Holte (2007) mit Blick auf die Verkehrssicherheitsarbeit. Die zur Abschreckung dargebotenen Beispiele würden häufig im Sinne eines sozialen Abwärtsvergleichs fehlgedeutet. Nicht das unerwünschte Verhalten, sondern mangelnde Kompetenzen der dargestellten Autofahrer würde zur Unfallursache erklärt: *„Kampagnen verlieren ihre Wirkung, wenn die Personen, für die sie entwickelt werden, sich nicht angesprochen fühlen, wenn sie der Meinung sind ‘Das betrifft mich nicht. Ich habe alles im Griff. Wer Unfälle baut, kann eben nicht Autofahren’.“*⁶⁹⁸

Dagegen kommen Barth/Bengel (1998) in ihrer Expertise für die BzGA zu dem Ergebnis: *„Durch Furchtappelle können Einstellungsänderungen erzeugt werden, die sich in kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Reaktionen manifestieren. In zahlreichen experimentellen Arbeiten konnten positive Effekte von Furchtappellen auf gesundheitsbezogene Einstellungen nachgewiesen werden.“*⁶⁹⁹ Eine Abwehrreaktion gegenüber den mittels Furchtappellen vermittelten Informationen erwägen Barth/Bengel allenfalls bei zu hoher Furchtinduktion. Allerdings weisen die Autoren ebenfalls daraufhin, dass Einstellungsänderungen nicht zwingend ein entsprechendes Verhalten zur Folge haben müssen, sodass sie im Anschluss an den Appell und die Phase der Sensibilisierung in einem zweiten Schritt den Aufbau von Handlungskompetenzen anregen.⁷⁰⁰

Ab Mitte der 1970er Jahre wurden emotional-affektive Strategien zunehmend durch kognitionsorientierte Ansätze abgelöst bzw. ergänzt. Dies war auch ein Ausdruck einer allgemeinen Wissenschaftsorientierung im Bildungswesen, wie speziell auch im Sachunterricht für die Grundschule. Man erhoffte sich, dass Kinder und Jugendliche, die über ein umfangreiches Gesundheitswissen verfügen, dieses Wissen auch in entsprechende Verhaltensweisen umsetzen würden. Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass bei vielen Kindern und Jugendlichen im gesundheitsbezogenen Alltagswissen erhebliche Defizite vorlagen. Allerdings konnten verschiedene Studien⁷⁰¹ keinen konsistenten Zusammenhang zwischen Gesundheitswissen und den entsprechenden Verhaltensweisen nachweisen, vielmehr ergab sich nur eine geringe Wechselwirkung zwischen gesundheitsbezogenem Wissen und gesundheitsbezogenem Verhalten.

⁶⁹⁶ Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 37.

⁶⁹⁷ Der „Bumerang-Effekt“ beschreibt in der Lernpsychologie den erfolglosen Versuch, bei einer Person eine Einstellungsänderung zu bewirken. Dies kann dazu führen, dass die zu überzeugende Person nach dem Überzeugungsversuch sogar stärker von der vorgeschlagenen Meinung abweicht als vorher (vgl. Bednorz/Schuster: Einführung in die Lernpsychologie, S. 25).

⁶⁹⁸ Holte: Der automobile Mensch, S. 121.

⁶⁹⁹ Barth/Bengel: Prävention durch Angst?, S. 122.

⁷⁰⁰ „ebd.“

⁷⁰¹ Eine Übersicht bis in die 1990er Jahre findet sich bei Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 49ff.

„Es stellte sich heraus, dass sich mit dem Erwerb der wesentlichen Kenntnisse und Einsichten keineswegs auch die erwünschten Haltungen und Fähigkeiten einstellten. Die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln, die jedem Pädagogen bekannt ist, tritt auf kaum einem Gebiet so deutlich zutage wie auf dem der Gesundheitserziehung (kognitive Dissonanz).“⁷⁰²

Diese Ergebnisse wurden dahingehend interpretiert, dass gesundheitliches Verhalten im Wesentlichen durch außerschulische Sozialisationserfahrungen begründet und bereits im Jugendalter ausreichend tief verankert ist, als dass es allein durch wissensbasierte Interventionsmaßnahmen noch maßgeblich beeinflusst werden könne. Allerdings ist zweifelsfrei ein gewisses Grundwissen notwendig, bevor überhaupt eine mehr oder weniger bewusste Entscheidung für (oder gegen) gesundheitsförderliche Verhaltensweisen möglich ist. Die Vermittlung von Wissenssegmenten ist daher aus der Gesundheitsförderung nicht wegzudenken. Lohaus (1993) bezeichnet gesundheitsbezogenes Basiswissen dem entsprechend zwar als einen notwendigen, jedoch nicht als einen hinreichenden Faktor für gesunde Verhaltensweisen.⁷⁰³

Weiterhin kritisiert Leppin (1995), dass obwohl mittlerweile „[...] *die Relevanz des Themas Gesundheit im allgemeinen sowie eines bedürfnisorientierten Ansatzes im besonderen weitgehend anerkannt wird, sich die alltägliche Realität der Gesundheitserziehung in der Schule bis heute weniger grundlegend geändert [habe]*“.⁷⁰⁴ Dies führt sie u.a. darauf zurück, dass die Schule „*lediglich informiert*“ und häufig keine konkreten Verhaltensweisen für das Alltagsleben vermittelt.⁷⁰⁵

Speziell für die Suchtprävention identifiziert Bäuerle (1996) in den Anfänge der 1980er Jahre eine weitere Phase, in der versucht wurde, die Schüler v.a. in ihrer jeweiligen „*Lebens-, Erfahrungs- und Erlebniswelt 'abzuholen'*“. Die Heranwachsenden wurden als Subjekte im Sozialisationsprozess wahrgenommen und ihre Sucht- wie generellen Risikoverhaltensweisen als eine Reaktion auf die sich in dieser Lebensphase stellenden spezifischen Entwicklungsaufgaben angesehen.⁷⁰⁶

Ergänzend zu emotions- bzw. wissensbasierten Konzepten wurde daher ab Mitte der 1980er Jahre versucht, die Kompetenzen von Heranwachsenden bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben zu fördern. Über verhaltensorientierte Maßnahmen sollten Handlungskompetenzen ausgebildet werden, die ins Erwachsenenalter übernommen werden und die Wahrscheinlichkeiten für ein gesundheitsschädigendes Verhalten minimieren. Prinzipiell lassen sich die verhaltensorientierten Ansätze im Aufbau erwünschten, gesunden Verhaltens und im Abbau unerwünschter Verhaltensweisen unterscheiden, wobei im Idealfall das gesunde Verhalten als naheliegende Alternative zum ungesunden Verhalten erfahren wird. Die Erkenntnis, dass zum einen die Stabilisierung gesundheitsbezogener Handlungsrouninen umso leichter gelingt, je frühzeitiger mit deren Etablierung begonnen wird, und zum anderen, dass sich ungesunde Verhaltensweisen mit

⁷⁰² Ettischer: Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, S. 10.

⁷⁰³ vgl. Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 50.

⁷⁰⁴ Leppin: Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip u.a. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit, S. 236.

⁷⁰⁵ vgl. „ebd. S. 237“.

⁷⁰⁶ vgl. Bäuerle: Sucht- und Drogenprävention in der Schule, S.77.

steigendem Lebensalter immer schwieriger verändern lassen, legen eine möglichst frühzeitige Implementierung einer solchen verhaltensorientierter Gesundheitserziehung nahe. Je etablierter ungesunde Gewohnheiten sind, desto stabiler sind sie, und als umso resistenter erweisen sie sich gegenüber Verhaltensalternativen.⁷⁰⁷

Für das frühe Grundschulalter gilt es zudem alltagspraktische Handlungsrouinen auszubilden, etwa bei der Zahnpflege und Körperhygiene, im Essverhalten oder auch bei den Schlafgewohnheiten. Solche Automatismen sollen zunächst unter Aufsicht und durch Fremdinstruktionen von Erwachsenen aufgebaut werden, ehe auf einer nächsten Entwicklungsstufe die Fremd- durch die Selbstinstruktion der Kinder abgelöst wird. Die Verhaltensregulierung durch Selbstinstruktion ist eine zentrale Kompetenz, die Kinder im Grundschulalter erwerben müssen und die ihre Bedeutung für späteres Gesundheitsverhalten, etwa bei der Stressbewältigung, beibehält.⁷⁰⁸

Eine weitere Ergänzung dieser kompetenzorientierten Gesundheitserziehung beinhaltet den Aufbau von personalen und sozialen Kompetenzen, die Kinder und Jugendliche dazu befähigen sollen, sich gegenüber sozialem Druck (z.B. der Peergroup) zu behaupten. Hierbei lassen sich zwei psychosoziale Ansätze unterscheiden. Zum einen Strategien zum Umgang mit sozialem Einfluss, und zum anderen Programme, mit denen die allgemeinen Lebenskompetenzen („Life skills“) Heranwachsender gestärkt werden sollen (siehe auch das Programm „Klasse2000“, in Kapitel 8.1).⁷⁰⁹ Maßnahmen zum sozialen Einfluss (z.B. Ansatz der sozialen Immunisierung nach Evans (1988)⁷¹⁰) zielten darauf ab, das Selbstwertgefühl, das Wertesystem und die Entscheidungsfähigkeit der Jugendlichen zu erhöhen. Hierbei zeigte sich, dass gerade am Modell Gleichaltriger, bzw. Angehöriger der nächsthöheren Altersklasse, erfolgreich resistente Haltungen („Nein-Sage-Strategie“) gegenüber angebotenen Alltagsdrogen aufgebaut werden konnten.⁷¹¹ Die Resistenz gegenüber subtilen Beeinflussungsformen, wie sie etwa über die Werbung in den Massenmedien transportiert werden, konnte dagegen nicht nachgewiesen werden.

„Der Erfolg sozialer Trainings gilt nach Gilchrist (1990) jedoch nur für Zielgruppen mit durchschnittlichem oder unterdurchschnittlichem Risiko zum Beginn oder zur Aufrechterhaltung gesundheitsbeeinträchtigenden Handelns. Zielgruppen mit hohen gesundheitlichen Risiken sind mit diesen Programmen weit schwerer zu erreichen.“⁷¹²

Unter den personalen Ressourcen lassen sich die Verarbeitungs- und Bewältigungsfähigkeiten eines Menschen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen einordnen. Hierzu zählt u.a. wie jemand Stress wahrnimmt und bewertet (etwa als Herausforderung bzw. als Belastung), welche Strategien er bei der

⁷⁰⁷ vgl. Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 40.

⁷⁰⁸ vgl. Lohaus/Lißmann: Entwicklungsveränderungen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 75.

⁷⁰⁹ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 347f.

⁷¹⁰ Evans: Prevention of smoking in adolescence. In: Maes u.a. (eds.): Topics in health psychology, S. 107-125.

⁷¹¹ vgl. Leppin: Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip u.a. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit, S. 240.

⁷¹² Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 43

Stressbewältigung anwendet, über welches Selbstkonzept er verfügt, oder welchen Einfluss er auf seinen Gesundheitszustand zu haben glaubt und letztlich nimmt.

„Im Umgang mit den alltäglichen Herausforderungen entwickeln die Individuen Fähigkeiten, die sich zu ihren persönlichen Verarbeitungsstilen und Handlungskompetenzen entwickeln. Diese personalen Ressourcen sind nach Ulich (1987) biogenetisch und psychisch vorgezeichnet und werden durch lebensgeschichtliche Erfahrungen und die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Realität immer wieder verändert und weiterentwickelt.“⁷¹³

Im Grundschulalter sind diese Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster noch nicht gefestigt, sondern entwickeln sich erst. Als ein solches Verarbeitungsmuster lässt sich auch das von Antonovsky formulierte Kohärenzgefühl zählen, das eng mit dem Selbstkonzept eines Menschen verbunden ist und sich aus den Komponenten Sinnhaftigkeit (meaningfulness), Selbstwirksamkeit (manageability) und Verstehbarkeit (comprehensibility) zusammensetzt (vgl. Kapitel 2.3).

Zu den wichtigsten personalen Ressourcen für die Lebensbewältigung zählt Jerusalem (2009):

- *„kognitive Ressourcen (z.B. Wissen, Problemlösefertigkeiten, Kreativität),*
- *motorisch-sensorische Ressourcen (z.B. Bewegungsfertigkeiten, Entspannungs- und Genussfähigkeit),*
- *soziale Ressourcen (z.B. Kommunikations- und Kritikfähigkeit),*
- *emotionale Ressourcen (z.B. Bindungsfähigkeit, konstruktiver Umgang mit Gefühlen) und*
- *Fähigkeiten zur Selbstregulation, um die verschiedenen Kompetenzen koordiniert und zielgerecht in Handeln umzusetzen.“⁷¹⁴*

Seit Mitte der 1980er Jahre wurden verschiedene Ansätze von Botvin (u.a.) unter dem Konzept des „Life-skills-approach“ vereinigt. Hierbei geht es um die Ausbildung von allgemeinen Lebenskompetenzen (Stressbewältigung, Konfliktmanagement, kommunikative Kompetenzen, ...), die in verschiedenen Lebensbereichen von Bedeutung sind. Bereits in Kapitel 5.3.4.3 wurde am Beispiel von Projekten zur Gewaltprävention gezeigt, wie über „Life-skills“, in diesem Fall Empathiefähigkeit, Impulskontrolle und kommunikative Fähigkeiten, die Konfliktfähigkeit von Kindern gesteigert werden soll. Solchen Ansätzen liegt die Annahme zu Grunde, dass Heranwachsende vielfach nicht über ausreichend personale Ressourcen verfügen, um die in ihrer Lebensphase anstehenden Entwicklungsaufgaben bewältigen zu können, weshalb sie u.a. zu gesundheitsschädigenden Risikoverhaltensweisen neigen. Mit dem Aufbau allgemeiner Lebenskompetenzen sollen Kinder und Jugendliche funktionale Coping-Strategien kennenlernen, durch die sie in die Lage versetzt werden, ihre Alltagsprobleme ohne gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu lösen.⁷¹⁵

⁷¹³ vgl. Höfer: Jugend, Gesundheit und Identität, S. 58.

⁷¹⁴ Jerusalem: Ressourcenförderung und Empowerment. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 177.

⁷¹⁵ vgl. Schwarzer: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, S. 342f; 348.

Gesundheitserziehung ist vor diesem Hintergrund immer auch Persönlichkeitsentwicklung, sie unterstützt Kinder und Jugendliche bei der Identitätsentwicklung, bei der Suche nach Lebenssinn und sozialer Anerkennung und hilft bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen, die an die Heranwachsenden gestellt werden. Es gilt die Heranwachsenden bei der Ausschöpfung ihrer personalen und sozialen Ressourcen zu unterstützen. So können z.B. Kommunikations- und Verhaltenstraining dabei helfen, ein besseres Verhältnis zu Gleichaltrigen, zu Eltern oder zu Lehrern aufzubauen. Die Bedeutung von personalen und sozialen Kompetenzen bzw. Ressourcen für die Gesundheit konnte in der Resilienzforschung⁷¹⁶ bestätigt werden.

„Kinder und Jugendliche mit starken sozialen Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung, gute Beziehungsqualität zu Gleichaltrigen) und persönlichen Ressourcen (z.B. positives Selbstkonzept, Selbstsicherheit) neigen weniger zu gesundheitlichen Risikoverhaltensweisen, entwickeln seltener psychosoziale Störungsbilder und kommen auch mit chronischen Erkrankungen besser zurecht.“⁷¹⁷

Die Vermittlung von allgemeinen Lebenskompetenzen erzielt gerade bei jüngeren Schülern deutliche Effekte, was nach Faltermaier (2005) für einen frühzeitigen Einsatz derartiger Maßnahmen etwa bereits in der Grundschule spricht. Als wichtige Variablen für den Erfolg der Programme erwiesen sich die Kompetenz der Vermittler (z.B. Lehrer) und das soziale Klima in den Programmgruppen.⁷¹⁸

Die Förderung solcher Kompetenzen ist von den Bedingungen der sozialen Umwelt abhängig, in der sie ausgebildet werden sollen. Als eine letzte Phase in der Gesundheitserziehung werden daher seit Mitte der 1990er Jahre nicht mehr nur die Subjekte in den Blick genommen, sondern auch relevante Umweltfaktoren einbezogen. Die Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention bildet den Übergang zu einem neuen Förder-Paradigma, dem Setting-Ansatz.⁷¹⁹

7.3 Gesundheitsförderung als Konzept („New Public Health“)

Mit der WHO-Konferenz in Ottawa (1986) etablierte sich der Begriff „Gesundheitsförderung“ als eine „[...] *Promotionsstrategie, bei der Menschen durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren sollen.*“⁷²⁰ Der Schwerpunkt des Ansatzes liegt auf der Verhältnisprävention.

⁷¹⁶ Übersichten zur Resilienzforschung finden sich mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung bei Opp/Fingerle (Hrsg.): Was Kinder stärkt. München: Reinhardt 2007; Luthar (ed.): Resilience and vulnerability. New York: Cambridge University Press 2003; und mit Perspektive der Stressbewältigung bei: Eschenbeck: Bewältigung alltäglicher Stresssituationen von Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 18/2010, S. 103-118.

⁷¹⁷ vgl. Jerusalem: Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 33.

⁷¹⁸ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 319.

⁷¹⁹ vgl. Bäuerle: Sucht- und Drogenprävention in der Schule, S.78.

⁷²⁰ Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S.11.

Der Grundstein dieses neuen Verständnisses von Gesundheitsförderung wurde von der WHO konzeptionell bereits mit der Alma-Ata-Erklärung aus dem Jahr 1978 und der Losung „*Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000*“ gelegt und dann mit der *Ottawa-Charta for Health Promotion* (1986) in einer Reihe von Zielsetzungen ausformuliert.⁷²¹ Gesundheitspolitisch unterstreicht die Formulierung „für alle“ die Forderung, dass Gesundheit kein Privileg sein darf, von dem bestimmte Nationen oder Bevölkerungsgruppen ausgeschlossen sind. Zwar müssen in der Gesundheitsförderung in verschiedenen Regionen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden, d.h. Entwicklungs-, Schwellen- und Industrieländer haben sich mit jeweils anderen gesundheitlichen Problemen auseinanderzusetzen, das universelle Recht eines jeden Menschen auf Gesundheit ist aber, unabhängig von Nationalität und Herkunft, gleich. Diese Vorgabe der WHO lässt sich allein über Maßnahmen der reinen Verhaltensprävention nicht realisieren, stattdessen müssen die Lebensbedingungen der Menschen derart umgestaltet werden, dass sie gesundheitsorientierte Verhaltensweisen fördern, anstatt diese zu be- oder sogar zu verhindern. Die großen Erwartungen, die mit der Resolution der Ottawa-Charta verknüpfen waren, kommen in dem internationalen Label „*New Public Health*“ zum Ausdruck. Zu den Aufgaben und Zielen einer solchen umfassenden Gesundheitsförderung zählen:

- *„[...] to move into the arena of healthy public policy, and to advocate a clear political commitment to health and equity in all sectors;*
- *to counteract the pressures towards harmful products, resource depletion, unhealthy living conditions and environments, and bad nutrition; and to focus attention on public health issues such as pollution, occupational hazards, housing and settlements;*
- *to respond to the health gap within and between societies, and to tackle the inequities in health produced by the rules and practices of these societies;*
- *to acknowledge people as the main health resource; to support and enable them to keep themselves, their families and friends healthy through financial and other means, and to accept the community as the essential voice in matters of its health, living conditions and well-being;*
- *to reorient health services and their resources towards the promotion of health; and to share power with other sectors, other disciplines and, most importantly, with people themselves;*
- *to recognize health and its maintenance as a major social investment and challenge; and to address the overall ecological issue of our ways of living.“*⁷²²

Klotter bezeichnet die Resolution der WHO als ein modernes, sozialrevolutionäres Programm, durch das Gesundheit zu einem Anliegen der Politik, der gesamten Bevölkerung und jedes einzelnen Bürgers werden soll. Dieser universelle Anspruch

⁷²¹ Weitere Anstöße zur Intensivierung der Gesundheitsförderung in der Schulpraxis gingen von der WHO-Konferenz von Adelaide (1988) aus, bei der weltweite Ziele und Strategien zur Gesundheitsförderung und entsprechende Präventionsmaßnahmen für das Bildungssystem formuliert wurden. Gesundheitsförderung und -erziehung wurden auch in den Empfehlungen des Europarates (18.04.1988) und in dem Vertrag über die Europäische Union (07.02.1992) thematisiert. Des Weiteren regten WHO und Europarat 1991 die gemeinsame Förderung eines europäischen Netzwerks „Gesundheitsfördernder Schulen“ (Health-Promoting School) an.

⁷²² vgl. WHO (ed.): *Ottawa Charter for Health Promotion*. Verfügbar unter: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (08.09.10).

wird von ihm in den Rang einer modernen Utopie gehoben (mithin ist ja auch die WHO-Gesundheitsdefinition durch eine utopische Zielsetzung charakterisiert worden, vgl. Kapitel 1.1), wodurch „[...] sich die WHO als eine der letzten Avantgardebewegungen [...]“ ausweisen würde.⁷²³

Diese Einschätzung macht deutlich, dass Gesundheitsförderung mehr beinhaltet als nur eine andere Facette von Prävention zu sein: Da Gesundheitsförderung als Konzept nicht länger Krankheiten in den Blick nimmt, sondern nach den Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden fragt, vollzieht sie auf dem Gebiet des vorbeugenden Gesundheitshandelns den Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese. Das Ziel dieses Ansatzes ist es, gesunde Lebenswelten und Entwicklungsbedingungen für Kinder und Jugendliche zu schaffen. Gesundheit wird dabei als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und nicht als Aufgabenbereich eines spezifischen Gesundheitssystems. Gesundheitsförderung wird in diesem Sinne zum Aufgabenfeld für alle gesellschaftspolitischen Bereiche und aller sozialen Systeme, d.h. der gesellschaftlichen Institutionen, die das Alltagshandeln der Menschen organisieren.

„Die Planer der WHO gehen außerdem davon aus, dass sich das Erlernen von gesundheitsdienlichem Verhalten ebenso wie das Erlernen von Risikobereitschaft innerhalb sozialer Systeme vollzieht, dass diese Systeme zwar zweckdienlich, in der Regel aber nicht auf die Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit hin orientiert sind und deshalb allen gesundheitsbezogenen Veränderungsstrategien zunächst mit Widerstand begegnen werden.“⁷²⁴

Ausgehend von diesen Überlegungen wurde der Setting-Ansatz entwickelt, er ist die zentrale Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung (als Konzept) und wird teilweise synonym mit ihr verwendet. Unter „Setting“ ist ein soziales System und seine jeweiligen Rahmenbedingungen (z.B. eine Schule) zu verstehen. Die verschiedenen sozialen Systeme bieten sich als abgegrenzte und überschaubare soziale Räume an, in denen verschiedene Strategien konzentriert zum Einsatz kommen können.

„Dem Settingansatz liegt die Idee zu Grunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Gesundheitsförderung muss in diesem Lebensalltag ansetzen. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Wege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen.“⁷²⁵

Gesundheitserzieherische Konzepte waren lange Zeit auf die Ausbildung von Widerstandsfaktoren bei Individuen fokussiert. Über emotionale, kognitive oder verhaltensbezogene Kompetenzen sollten die personalen Ressourcen der Heranwachsenden entwickelt und gefördert werden. Wie unter Punkt 7.5 diskutiert

⁷²³ Klotter: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben?, S. 9.

⁷²⁴ Schnabel: Sozialisation und gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip u.a. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit, S. 127.

⁷²⁵ Altgeld/Kolip: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S. 45.

wird, sind aber solche Ansätze für die Gesundheitsförderung in den unteren sozialen Schichten, und damit bei Gruppen mit einer höheren Gesundheitsbelastung, nur begrenzt erfolgsversprechend. Der Setting-Ansatz nimmt auch die Unterstützungsformen in der sozialen Umwelt in den Blick, um Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander zu verzahnen. Die Verhaltensprävention bleibt weiterhin ein wichtiger Bestandteil, um die Menschen zu gesundheitsorientierten Verhaltensweisen zu befähigen, doch ohne eine systemgestalterische Komponente dürfte Prävention immer hinter ihren Möglichkeiten zurück bleiben.⁷²⁶

Die wichtigsten sozialen Systeme (Settings) im Kindesalter sind die Familie und die Schule. Allerdings verfehlt der Setting-Ansatz seine Möglichkeiten, wenn er sich ausschließlich auf eines der beiden Systeme bezieht; stattdessen gilt es vielmehr, möglichst viele Systeme aus der Lebenswelt der Kinder (z.B. Sportvereine) mit einzubeziehen. Durch Synergie-Effekte lässt sich die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung strategisch erhöhen.⁷²⁷ Speziell die Gesundheitsförderung in der Schule steht vor der Aufgabe, die Einflüsse der anderen Settings mit zu berücksichtigen und ggf. aufzuarbeiten. So sollte die Schule ein Korrektiv darstellen, falls gesundheitsschädigende (oder zumindest -vernachlässigende) Einflüsse in Elternhaus oder im Freizeitbereich überwiegen.⁷²⁸

Die Schule charakterisiert Schnabel (2004) als einen „Ort des Aufeinandertreffens verschiedener Welten.“⁷²⁹ In ihr interagieren Lehrer, Schüler und Schulverwaltung, die allesamt eine eigene Systemwelt haben, mit verschiedenen Interessen und Erwartungen, die teilweise miteinander in Einklang stehen, sich aber teilweise auch widersprechen. Eine Schulklasse stellt ebenso wie eine Schule ein geschlossenes System dar, sie kann, etwa bei einem guten Klassenklima, eine wertvolle Ressource für die Schülersgesundheit bedeuten, sie kann aber auch bei vielen offenen oder latenten Konflikten unter den Schülern, Auslöser von Schulangst, Stress und damit von Krankheiten sein.

„Darüber hinaus sind das unkollegiale und/oder diskriminierende Verhalten von Lehrern und Mitschülern, der vom Elternhaus im Einvernehmen mit der Schule ausgeübte Leistungsdruck, die zeitlichen und räumlichen Zwangsverhältnisse während des Unterrichts sowie das Schulhaus selbst (Gebäude, Pausenhof, Klassenräume, Sitzmöbel usw.) als Stressoren identifiziert worden. Als solche sind sie an der Entstehung chronischer Unzufriedenheits- und Angstzustände beteiligt und entscheiden so darüber mit, ob und inwieweit physische, psychische und psychosomatische Beschwerden der unterschiedlichsten Art entstehen oder ob Gesundheit aufrechterhalten werden kann.“⁷³⁰

Die Gesundheitsförderung in und mit Schulen hat sich zum Ziel gesetzt, Schulen als gesunde Lebenswelten zu gestalten, die nicht durch be-, sondern durch entlastende Interaktionen gekennzeichnet sind. Sie will „[...] alle Mitglieder einer Schulgemeinschaft dazu befähigen verantwortungsbewusst mit ihrer eigenen

⁷²⁶ vgl. Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 133.

⁷²⁷ vgl. Schnabel: Gesundheitsförderung in Familien und Schulen, S. 282.

⁷²⁸ vgl. Klotter: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben, S. 91.

⁷²⁹ Schnabel: Gesundheitsförderung in Familien und Schulen, S. 286.

⁷³⁰ „ebd.“, S. 288.

Gesundheit und der ihrer Mitmenschen umzugehen. Die Schule stellt hierfür selbst oder in Kooperation mit außerschulischen Partnern Möglichkeiten bereit. [...] Die schulische Gesundheitsförderung geht damit über die Ansprüche schulischer Gesundheitserziehung hinaus, die traditionell an der präventiven Einflussnahme auf gesundheitliche Risikoverhaltensweisen von Schülern ausgerichtet ist.“⁷³¹

Die Realisierung einer solchen „gesunden Schule“ muss auf verschiedenen Ebenen stattfinden (eigene Zusammenstellung):

- Auf einer institutionell-administrativen Ebene durch Einführung eines Gesundheitszirkels unter Lehrer-, Schüler- und Elternbeteiligung. Durch die Einbeziehung außerschulischer Partner, die direkt (z.B. eine Krankenkasse, die ein „Rückenschule“ anbietet), oder indirekt (ein Sportverein, der die Nachmittagsbetreuung organisiert) auf die Gesundheit von Kindern Einfluss nehmen.
- Auf einer infrastrukturellen Ebene durch die Umgestaltung des Lebensraums Schule, bzw. des umgebenden Stadtteils in einen Erfahrungsraum, der eine hohe Aufenthaltsqualität bietet und wenig Gefahrenpotenzial bereithält.
- Auf einer formal-organisatorischen Ebene durch die Einführung von Gesundheitstagen, Schulfesten oder Projektwochen, die selbst dann, wenn sie nicht Gesundheit explizit thematisieren, durch die Öffnung von Unterricht den systemischen Charakter der Schule verändern können.
- Auf einer inhaltlichen Ebene durch die Verinnerlichung des Unterrichtsprinzip „Gesundheit“, durch ein Ernstnehmen des Anspruchs an eine gesunde Schule und durch die Bewusstwerdung der Vorbildfunktion bei Lehrern und Eltern. Durch die Öffnung von Schule und Unterricht, dem Einhalten von Bewegungspausen, in der Vermeidung von Überforderung und durch die Förderung der Schüler mit einem ganzheitlichen Angebot, das den Bedürfnissen aller Schüler gerecht wird.

Paulus (2002) hat vergleichbare vier Handlungsfelder identifiziert: Lehren und Lernen; Schulleben und schulische Umwelt; Kooperation und Dienste; Schulisches Gesundheitsmanagement. Diese Handlungsfelder decken sich inhaltlich mit den zuvor genannten Ebenen.⁷³²

Nach Dür (2008) hängt die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung in der Schule letztlich davon ab, ob es gelingt, das Gesundheit nicht ein „*zusätzlich angelagertes Thema*“ bleibt, sondern „[...] *die Schule durchdringt und in ihrem Charakter verändert*.“⁷³³ Ziel muss es sein, alle am Sozialisations- und Erziehungsprozess beteiligten Personen zu erreichen, sodass diese die vereinbarten Inhalte internalisieren und authentisch vermitteln.

„Solange Personen, die aktiv für Sozialisationsprozesse verantwortlich sind, selbst nicht klar ist, welche Einstellungen zum Körper hilfreich sind, und welche Standards zu kritisieren sind und welche vielleicht sogar weiterhelfen, laufen Präventionen und Interventionen ins Leere. Es ist z.B. unglaublich, wenn eine Lehrperson mit Kindern darüber redet, dass sie ihren Körper, egal wie er

⁷³¹ Paulus: Gesundheitsförderung im Setting Schule. In: Bundesgesundheitsblatt 45 (2002), S. 970.

⁷³² vgl. „ebd.“, S. 971f.

⁷³³ Dür: Gesundheitsförderung in der Schule, S. 47.

*beschaffen ist, akzeptieren sollen, aber selber einem Schönheitsstereotyp unterliegt.*⁷³⁴

Die Implementierung von Gesundheitsförderung als Konzept erfolgt im Setting-Ansatz in der Regel zunächst über einzelne Projekte, deren Evaluation über die Verstetigung der Maßnahme entscheidet. Die nachhaltige Ausrichtung einer Schule auf gesundheitsbezogene Inhalte kann zu einer veränderten Schulkultur führen, zu einem Selbstverständnis der Schule (und ihrer Akteure) z.B. als „*Bewegte Schule*“ (vgl. Kapitel 5.3.1.4) oder als „*Gesundheitsfördernde Schule*“, welches häufig über das Schulprogramm festgeschrieben wird (vgl. Kapitel 4.1.2.2).

Gerade weil die Gesundheitsförderung als Konzept in der Mitte der sozialen Systeme ansetzt, um diese zu verändern, muss sie mit Widerständen rechnen, da sich weder Individuen noch Institutionen bereitwillig von ihren etablierten Gewohnheiten trennen, sondern häufig vielmehr auf den Erhalt bestehender Strukturen aus sind. Eine Veränderung dieser Strukturen ist daher nur zu erwarten, wenn auch die Systeme davon profitieren. Für Schnabel (2007) sind daher so genannte „*win-win-Strategien*“ anzustreben, bei denen sowohl Individuen als auch die sozialen Systeme ihren Vorteil aus der Gesundheitsförderung ziehen.⁷³⁵ Für eine Schule kann der „*Gewinn*“ in einem niedrigen Krankenstand von Schülern und Lehrern, in einer größeren Leistungsfähigkeit der Schüler, aber auch in einem „*Image-Gewinn*“ als so genannte „*Gesunde Schule*“ liegen. Letzteres kann nicht zuletzt mit der Aufhebung fester Schulbezirke - und der damit einhergehenden freien Schulwahl für Eltern - in Zukunft erheblich an Bedeutung zunehmen.

7.4 Empowerment for Health

Das bis zu dieser Stelle diskutierte Spektrum erstreckt sich von einem medizinisch-technischen Verständnis von Prävention bis hin zu einer Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz. Es zeigt, dass mehrere Aspekte realisiert sein müssen, um die hochgesteckten Ziele eines in der gesellschaftlichen Mitte verorteten Förderkonzeptes umsetzen zu können: So reicht es für eine Verhaltensänderung allein nicht aus, nur Wissenselemente zu vermitteln, wenn Einstellung und Gesundheitshandeln verändert werden sollen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass allein Wissen und Motivation den Einzelnen in die Lage versetzen, sich auch gesund zu verhalten. Dabei sind gerade Kindern Grenzen der Selbstbestimmung, etwa durch die Ernährungsgewohnheiten der Eltern, gesetzt. Es wird deutlich, dass Kompetenzen und Ressourcen auszubilden sind, mit denen der Einzelne in die Lage versetzt wird, einerseits gesundheitsbewusste Verhaltensweisen im Alltag regelmäßig umzusetzen, und andererseits sich bewusst gegenüber „*der Versuchung*“ gesundheitsschädigender Verhaltensweisen entscheiden und behaupten zu können. Aus dieser Forderung entwickelte sich der Grundsatz des „*Empowerments for Health*“, das gegenwärtig das ambitionierteste Konzept in der Gesundheitsförderung darstellt.

⁷³⁴ Steins: Sozialpsychologie des Körpers, S. 147.

⁷³⁵ vgl. Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 151.

Der Ansatz entwickelte sich in den USA bereits in den 1920er und 1930er Jahren aus Projekten der Sozialarbeit, bei denen es seinerzeit um die Integration sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen ging. Das Ziel war es, „[...] *Außenseiter der Gesellschaft weniger durch Zwang oder staatliche Fürsorge, sondern durch die Rückgabe von Verantwortung für die Organisation des eigenen Überlebens, die Förderung von Selbstvertrauen und Hilfe zur Selbsthilfe in die Gesellschaft zurückzuholen.*“⁷³⁶ Mit der Formel „*Hilfe zur Selbsthilfe*“ lässt sich der Grundsatz des Empowerments treffend beschreiben. Es wird deutlich, dass Empowerment letztlich ein politisches Konzept ist, da es um Macht und Machtbeziehungen geht, bzw. um die Verlagerung dieser Machtverhältnisse von den Organisationen hin zu den Individuen.⁷³⁷ Eine wörtliche Übersetzung des Begriffs ist letztlich auch „*Ermächtigung*“.

*„Empowerment zielt darauf ab, den Menschen die notwendigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu vermitteln, die ihnen erst die Macht und das Selbstvertrauen bzw. ‚Empowerment‘ geben, die für sie adäquaten gesundheitlichen Entscheidungen selbst zu treffen.“*⁷³⁸

Den Ausgangspunkt bilden zwei Grundannahmen: Die erste Annahme besagt, dass die Betroffenen besser als jede außenstehende Person oder Gruppe ihre Lebenslage, ihre Belastungen und Probleme, ihre Bedürfnisse, aber auch ihre Ressourcen zu kennen vermögen. Die Betroffenen werden nicht zu Objekten von Intervention, sondern als Subjekte ihres Lebens angesehen. Die zweite Annahme besagt, dass viele gut gemeinte, von außen kommende Interventionsmaßnahmen nicht zuletzt auch an der fehlenden Bereitschaft der Betroffenen scheitern, weil diese durch ihre bisherigen Erfahrungen politische Ohnmacht, Misstrauen und Hilflosigkeit (vgl. Kapitel 6.1.2) internalisiert haben.⁷³⁹

Zu den wesentlichen Zielen von Empowerment zählt daher, dass die Individuen das Vertrauen in die Möglichkeiten zur eigenen, aktiven Lebensgestaltung zurückgewinnen. Es gilt diejenigen Komponenten auszubilden, die von Antonovsky in dem Modell der Salutogenese als Kohärenzsinn beschrieben wurden (vgl. Kapitel 2.3). Hierzu zählen nicht zuletzt auch solche Kompetenzen, die das Verständnis der sozialen und politischen Verhältnisse ermöglichen. In einem weiteren Schritt sollen die Individuen dann Ressourcen und Strategien erwerben, mit denen es ihnen möglich wird, selbst gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen herzustellen. Empowerment besitzt also, mehr als alle anderen Ansätze zur Gesundheitsförderung, im Kern einen emanzipativen Charakter. Es geht insofern über den Setting-Ansatz hinaus, da dieser, wo er mögliche Widerstände der sozialen Systeme gegen Veränderung thematisiert, immer auch davon ausgeht, dass Systemwelt und Gesundheitsförderung auf Dauer miteinander konfliktfrei vereinbar sind. Empowerment setzt da an, wo unauflösbar Konflikte zu Lasten der Betroffenen

⁷³⁶ „ebd.“, S. 141.

⁷³⁷ vgl. Dür: Gesundheitsförderung in der Schule, S. 141; 145.

⁷³⁸ Naidoo/Wills: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, S. 80.

⁷³⁹ vgl. Schnabel: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, S. 142.

gehen und sich zusätzliche Barrieren aus „[...] der Mutlosigkeit der Betroffenen und der Inkompetenz der Experten ergeben“.⁷⁴⁰

Die Vorstellungen zum Empowerment lassen sich mit den Konzepten einer subjektorientierten Gesundheitsförderung nach Faltermaier konkretisieren. Diese orientiert sich nicht an einem, in funktionierende (=gesunde) bzw. nicht funktionierende (=ungesunde) Organe zerlegbaren Patienten, sondern an der Gesamtperson. Sie betrachtet nicht das isolierte Verhalten eines Menschen, sondern dessen gesamte Lebensführung. Der Einzelne ist nicht als ein medizinischer Laie, der dem wissenden Arzt oder Gesundheitserzieher gegenüber steht, sondern als Experte für die eigene Gesundheit und den eigenen Lebensraum angesehen.⁷⁴¹ Im Idealfall werden mit Hilfe des Empowerment die Individuen in die Lage versetzt, selbst für die notwendigen Verhältnisänderungen einzutreten. Gerade aus einer emanzipativ-aufklärerischen, pädagogischen Perspektive heraus liegt ein solches, auf Autonomie abzielendes Gesundheitskonzept nahe, das den handelnden Subjekten eine zentrale Rolle im Prozess der Entstehung von Gesundheit zuerkennt.⁷⁴²

Für die Grundschulen hat der Empowerment-Ansatz, soweit er über eine Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz hinausgehend Gestaltungspotenziale von Schülern ermöglichen will, nur eine relativ geringe Bedeutung. Schulische Maßnahmen, die sich, über den Setting-Ansatz hinausgehend, in ihrem Selbstverständnis als „*empowernd*“ begreifen, sind daher selten. Dür (2008) nennt die folgenden Beispiele für Empowerment-Maßnahmen in der Schule:

- Zusammenarbeit zwischen den Lehrern und Förderung einer pädagogischen Team-Kultur
 - Gemeinsame (Weiter-)Entwicklung pädagogischer Kompetenzen;
 - Gegenseitige Unterstützung beim Unterrichten (u.a. Teamteaching, gemeinsame Vor- und Nachbereitung von Unterricht, gemeinsame Projekte)
 - Unterstützung von Neu-Lehrern (z.B. Mentoren-System);
 - Schaffung organisatorischer Rahmenbedingungen auf der Schulebene (z.B. Berücksichtigung von Teamteaching bei der Stundenplan-Gestaltung);
 - Förderung des sozialen Klimas im Kollegium durch gemeinsame Aktivitäten.
- Empowerment der Schüler im Kernprozess des Lehrens und Lernens
 - Einführung offener, dynamischer Lernformen;
 - Eigenverantwortliches Planen und Arbeiten im Unterricht;
 - Teamteaching;
 - Peerteaching;
 - Lernzielorientierte Beurteilung.
- Förderung eines partnerschaftlichen Schulklimas
 - Verhaltensvereinbarungen, Entwicklung einer Aushandlungskultur;
 - Einführung von Mediations-Programmen (vgl. Kapitel 5.3.4.3);
 - Einführung von Peer-Patenschaften;
 - Gestaltung von Schulfesten u.ä.;
 - Gemeinsame Gestaltung von Pausen, Essenseinnahme u.ä.;

⁷⁴⁰ „ebd.“, S. 145.

⁷⁴¹ vgl. Faltermaier: Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. In: Flick (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund?, S. 86.

⁷⁴² Kottmann/Küpper: Gesundheitserziehung, S. 3.

- Demokratisierung der Schule durch gemeinsame Bearbeitung von Anliegen und Problem;
- Förderung des Miteinanders durch Gruppenarbeit, Projektunterricht und spezifischer Projekte zur Förderung psychosozialer Kompetenzen.⁷⁴³

Zentral ist es nach Dür, dass die vielfachen gesundheitsbezogenen Bemühungen, wie sie auch bereits mit einer Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz verbunden sind, „[...] *nur dann einen zugleich breiten, tief greifenden und nachhaltigen Effekt auf die Gesundheit der SchülerInnen haben werden, wenn es gelingt, die aus Gründen der Gesundheit notwendigen Veränderungen und Entwicklungen der Schule bis in den Kernprozess hinein zu führen, sprich: den Kernprozess gesundheitsförderlich zu gestalten.*“⁷⁴⁴ Als dieser Kernprozess ist das Lehren und Lernen im Unterricht anzusehen. In diesen Abläufen gilt es, die Schüler von unnötigen Belastungen und Entfremdungserfahrung fernzuhalten, indem sie an zentrale Entscheidungen beteiligt werden. Es gilt zu verhindern, dass Kinder in der Schule systematisch Ohnmacht und Hilflosigkeit erfahren. Den Kindern Mitsprache-Möglichkeiten einzuräumen und sie in ihren Entwicklungsprozessen zu unterstützen, sind daher die beiden zentralen Dimensionen des Empowerments in der Schule. Partizipation und Mitgestaltung seitens der Schüler werden als Gesundheitsressourcen begriffen, um dem durchaus pathologischen Potenzial von Schule entgegen zu wirken. „*Empowerment oder die empowernden Strukturen eines Sozialsystems sind daher das Pendant zu den Strukturen in psychischen Systemen, die durch die Konzepte Selbstwirksamkeitserwartung, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und andere beschrieben werden.*“⁷⁴⁵

7.5 Das Präventionsdilemma⁷⁴⁶

In Kapitel 5.2 wurde der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Ungleichheit beschrieben, der sich in allen westlichen Industrienationen zeigt und für eine Vielzahl von Gesundheitsstörungen gültig ist. Die Reduzierung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen sogenannter „Risikogruppen“ mit benachteiligenden sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen ist spätestens mit der Ottawa-Charta (1986; siehe Kapitel 7.3) zu einem Schwerpunkt von gesundheitsbezogenen Interventionen erklärt worden, jedoch bislang noch ohne umfassenden Erfolg, wie die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys für die verschiedenen Gesundheitsstörungen belegen (siehe hierzu auch Kapitel 5). Dies liegt vermutlich auch daran, dass die beiden von Bauer/Bittlingmayer⁷⁴⁷ formulierten Schlüsselprobleme der Gesundheitsförderung noch nicht gelöst wurden:

⁷⁴³ vgl. Dür: Gesundheitsförderung in der Schule, S. 151f.

⁷⁴⁴ „ebd.“, S. 228.

⁷⁴⁵ „ebd.“, S. 229.

⁷⁴⁶ Das Präventionsdilemma bezeichnet eine hohe Teilnahmeakzeptanz bei wenig gefährdeten Adressatengruppen und umgekehrt eine entsprechend hohe Ablehnung und geringe Motivation bei den Risikogruppen (vgl. Bauer: Das Präventionsdilemma, S. 73). Es bezieht sich nicht ausschließlich auf die in Kapitel 7.1 genannte klassische Krankheitsprävention, sondern schließt prinzipiell alle Maßnahmen der Verhaltensprävention, so auch gesundheitserzieherische Ansätze, ein.

⁷⁴⁷ vgl. Bauer/Bittlingmayer: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 802ff.

- Das erste Schlüsselproblem bezieht sich auf die Analyse des sozialen Dilemmas in Prävention und Gesundheitsförderung, d.h. die Klärung der Fragen, warum Angehörige aus den unteren sozialen Schichten öfters gesunde Verhaltensweisen unterlassen und häufiger Risikoverhaltensweisen zeigen. Anerkannte Ursachen für den bestehenden Zusammenhang sind einerseits ungünstigere Rahmenbedingungen, in denen Kinder aus den sozial unteren Schichten heranwachsen, etwa ein geringes Einkommen der Eltern, sodass weniger ökonomische Mittel für Vorsorgemaßnahmen zur Verfügung stehen sowie andererseits unterschiedlich entwickelte personale Kompetenzen im Gesundheitsverhalten. Die Entwicklung von Kompetenzen ist abhängig von den Möglichkeiten und Erfahrungen, die der jeweilige Lebensraum anbietet: *„Ungleiche Sozialisations- und Lebensbedingungen nehmen auf die kognitive Entwicklung, auf die Entwicklung der individuellen Kompetenzstruktur und damit - im Sinne des aktuellen Präventionsverständnisses - auf die Ausbildung von protektiven und Risikofaktoren für das individuelle Gesundheitsverhalten Einfluss.“*⁷⁴⁸
- Das zweite Schlüsselproblem ist die Klärung der Frage, mit welchen Maßnahmen und Methoden die Gesundheitsförderung bei Gruppen mit sozio-ökonomischer Benachteiligung wirksam sein kann. Hierbei gilt, je älter die Personen sind, desto schwerer lassen sich die in ihrem jeweiligen Sozialraum erworbenen (habituierten) Lebensstile verändern. *„Die Habituskonzeption steht für einen Korpus relativ stabiler Persönlichkeitseigenschaft, die proportional zu der zeitlichen Dauer ihrer Verfestigung Möglichkeiten zur Korrektur einmal erworbener Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata einschränken.“*⁷⁴⁹

Die unter 7.1 bis 7.4 skizzierten Ansätze messen der Gesundheitsförderung von Risikogruppen einen unterschiedlich hohen Stellenwert bei. Maßnahmen der Primärprävention werden nach Möglichkeit auf Personen oder Gruppen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko fokussiert. Hierbei stellt sich zum einen das Problem, diese Gruppen nicht immer präzise bestimmen zu können, zum anderen diese Gruppen dann auch tatsächlich zu erreichen. In den Maßnahmen der Sekundär- bzw. Tertiärprävention befinden sich in der Regel gehäuft Betroffene aus den Risikogruppen, allerdings erfolgt dieses Eingreifen dann aus Sicht des vorbeugenden Gesundheitshandelns bereits (zu) spät.

Die edukativen Ansätze sind unterschiedlich stark auf Risikogruppen ausgerichtet. Bei massenmedialen Kampagnen zur gesundheitlichen Aufklärung können durch Auswahl des Mediums (z.B. Annoncen in bestimmten Zeitschriften) und durch die Inszenierung (Sprache, bildliche Darstellung) einige gesellschaftliche Gruppen gezielter angesprochen werden als andere; inwieweit die zu vermittelten Botschaften auch wahrgenommen und akzeptiert werden, und ob sie in die gewünschte Richtung wirken, bleibt jedoch vielfach unklar.⁷⁵⁰ Wie sehr gesundheitsbildende und gesundheitserzieherische Maßnahmen sozial selektiv wirken, hängt im Wesentlichen

⁷⁴⁸ Bauer: Das Präventionsdilemma, S. 12.

⁷⁴⁹ Bauer/Bittlingmayer: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 805.

⁷⁵⁰ Zur Wirksamkeitsforschung von Kampagnen zur gesundheitlichen Aufklärung siehe: Pott/Lehmann: Evaluation von Kampagnen. In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 313-326.

von den Institutionen ab, in denen sie verortet sind, zudem von den vermittelnden Personen, den zu vermittelnden Inhalten und den gewählten Methoden. Allen edukativen Ansätzen ist eine Asymmetrie zwischen den so genannten „Gesundheits-Experten“ (hierzu zählen dann speziell in der Schule auch die Lehrer) und den zu erziehenden Laien enthalten. Diese, jedem Erziehungsprozess inhärente Dynamik ist zudem abhängig von den sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen, das heißt diese durchaus konfliktträchtige Kluft zwischen Experten und Laien vergrößert sich bei bildungs- oder kulturfernen Schichten. In dieser Asymmetrie sehen Bauer (s.u.) und Klotter eine Ursache für das Scheitern gesundheitserzieherischer Maßnahmen bei diesen Gruppen: *„Menschen aus den so genannten unteren sozialen Schichten oder mit Migrationshintergrund erleben die Gesundheitsexperten als Vertreter der mittleren Schichten oder als Vertreter einer fremden Kultur, die ihnen deren Werte und Sinnmuster auferlegen wollen.“*⁷⁵¹

Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz und Empowerment-Strategien versuchen durch eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention die Ursachen der sozialen Ungleichheit - bzw. die Wirkungsmächte, die ungleiche Lebenslagen in gesundheitliche Beeinträchtigungen überführen - aufzulösen. Dadurch besitzen sie prinzipiell einen emanzipativen Charakter: *„Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung wird als Empowerment-Strategie verstanden, die Menschen befähigen soll, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, alltägliche Anforderungen zu bewältigen und mit gesundheitlichen Risiken fertig zu werden, so dass Wohlbefinden und Gesundheit profitieren.“*⁷⁵² Nach Klotter orientiert sich das Menschenbild der Gesundheitsförderung am *„[...] mündigen und aktiven Bürger, der sich für sich und die anderen Bürger einsetzt, um zum Beispiel ein Mehr an Gesundheit zu erzielen.“*⁷⁵³ Inwieweit solche *empowernde* Maßnahmen erfolgreich sind, hängt daher entscheidend davon ab, ob es gelingt, die betroffenen Gruppen an den Gestaltungsprozessen zu beteiligen und ggf. entgegenwirkende Kräfte zu überwinden. Die gesundheitsfördernde Wirkung des Empowerments auf die Gesundheit von Kindern ist - kontrolliert für das Alter, das Geschlecht, die soziale Schicht und die Familienverhältnisse - empirisch nachgewiesen worden.⁷⁵⁴ Zu bedenken ist allerdings, dass es diesen Maßnahmen konzeptionell widerspricht, wenn sie einer anvisierten Zielgruppe von außen auferlegt werden.⁷⁵⁵

Richtet man den Blick auf die Möglichkeiten der schulischen Gesundheitsförderung bei Kindern aus den unteren sozialen Schichten, ist zunächst festzuhalten, dass die Grundschule den Vorteil bietet, alle Kinder (und deren Eltern) zu erreichen. Die weiterführenden Schulformen sind ihrerseits Produzenten und Produkte bei der Reproduktion von sozialer Ungleichheit im Bildungssystem. Zum einen, da das Schulsystem in Deutschland generell durch eine hohe soziale Selektivität gekennzeichnet ist, zum anderen, da sich an den jeweiligen Schulformen (v.a. zwischen Gymnasien und Hauptschulen) unterschiedliche Lernkulturen des jeweiligen Milieus etabliert sind. Sofern Interventionsmaßnahmen nicht adäquat zu

⁷⁵¹ Klotter: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben?, S. 63.

⁷⁵² Jerusalem: Ressourcenförderung und Empowerment. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 175.

⁷⁵³ Klotter: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben?, S. 22.

⁷⁵⁴ vgl. Dür: Gesundheitsförderung in der Schule, S. 230.

⁷⁵⁵ „ebd.“, S. 232.

den Lernkulturen entwickelt werden, ist nur eine geringe Programmakzeptanz zu erwarten. Da gesundheitserzieherische Ansätze zumeist in der Tradition des klassischen Schulunterrichts stehen, sprechen sie bildungsnahe Schichten stärker an als bildungsferne Gruppen. Gerade letztere sind aber auch als Risikogruppen mit höherer gesundheitlicher Beeinträchtigung identifiziert worden.

„Das Bildungswesen stellt keine neutrale Instanz bei der Vermittlung von sozialen und allgemeinen Lebenskompetenzen dar. Die Schule erfüllt ihre primäre Funktion im Reproduktionsprozess sozialer Ungleichheit. [...] Das schulische Angebot wird, der primärpräventive Bereich ist hier eingeschlossen, von den Heranwachsenden unterschiedlich genutzt. Herkunftsspezifische Dispositionen sind in schulischen Lernprozessen ungleich anschlussfähig. [...] Durch das schulformabhängige Nachfrageverhalten werden Kompetenzabstände vergrößert, die durch sozial differenzierte Lebensbedingungen, d.h. durch ungleich privilegierende Unterstützungspotenziale in den Herkunftsmilieus ohnehin bereits existieren.“⁷⁵⁶

Bauer kritisiert an der aktuellen Gesundheitsförderung an Schulen, dass diese die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen weitgehend ausblendet. Ausgehend von einer verstärkt das Subjekt fokussierenden Sozialisationsforschung würden seit den 1970er Jahren Individualisierungstendenzen verabsolutiert. Auf der Annahme basierend, dass das handelnde Subjekt maßgeblich seine eigene Entwicklung selbst gestaltet, trat die Wahrnehmung ungleicher Sozialisations- und Lebensbedingungen in den Hintergrund. Mit dieser Kritik führt Bauer die Debatte um die Selbstsozialisation in den Gesundheitswissenschaften fort, die von ihm, Zinnecker und anderen Soziologen vor einigen Jahren geführt wurde. Während der Begriff „Selbstsozialisation“ die eigene Aktivität des Subjekts in der Gestaltung des eigenen Lebens und der Lebensräume betont, wodurch die Einflüsse der klassischen Sozialisationsinstanzen zurückgehen⁷⁵⁷, kritisierte Bauer die Vernachlässigung struktureller Bedingungen und die Suggestion quasi ontologischer Autonomiepotentiale im Individuationsprozess. Bauer bezeichnete diese Annahme als „[...] strukturlosen Subjektzentrismus, der die Analyse der häufig invisibilisierten, differenzierten Struktur der Sozialisationsbedingungen [...]“⁷⁵⁸ verhindert.

Ohne diesen Diskurs an dieser Stelle weiter zu verfolgen, bleibt nach Bauer für die Gesundheitsförderung zumindest insoweit die Folgerung maßgeblich, dass präventive Maßnahmen nur dann erfolgreich durchgeführt werden können, wenn sie die ungleichen Sozialisations- und Lebensbedingungen ihrer Adressaten stärker als bisher berücksichtigen.⁷⁵⁹ Aktuelle Maßnahmen blenden dagegen den sozialen Hintergrund ihrer Klientel weitgehend aus und setzen (unbewusst oder zumindest unreflektiert) ein an den gesellschaftlichen Mittelschichten ausgerichtetes Leitbild um. Kennzeichnend für die verstärkte Orientierung am Subjekt und die weitgehende Ausblendung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ist die Fokussierung auf „Life-skills“. Wobei diese - ähnlich wie auch die so genannten „Schlüsselqualifikationen“ -

⁷⁵⁶ Bauer: Das Präventionsdilemma, S. 168f.

⁷⁵⁷ vgl. Zinnecker: Selbstsozialisation – Essay über ein aktuelles Konzept. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (3/2000), S. 272-290.

⁷⁵⁸ vgl. Bauer: Selbst- und/oder Fremdsozialisation: Zur Theoriedebatte in der Sozialisationsforschung. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (2/2002), S. 118-142.

⁷⁵⁹ vgl. Bauer: Das Präventionsdilemma, S. 13; 50; 77.

beliebig erwerbbar erscheinen. Damit zielen diese gleich in doppelter Hinsicht an jenen Gruppen vorbei, in denen gesundheitliche Beeinträchtigungen im besonderen Maße in Erscheinung treten: Zum einen sind Angehörige der Mittelschichten eher in der Lage, selbst Verhaltensänderungen über kognitive Prozesse zu initiieren als Mitglieder von bildungs- oder kulturfernen Schichten. Zum anderen würde eine auf die Verhaltensprävention zielende Gesundheitsförderung eben gerade jene sozialen Kontexte unberührt lassen, die als ungleiche Lebensbedingungen benachteiligen und somit die gesundheitsschädigenden Lebensräume begründen. *„Für die schulische Prävention ergibt sich daraus die Situation schwer erreichbarer Schülergruppen aus benachteiligten sozialen Milieus besonders berücksichtigen zu müssen.“*⁷⁶⁰

Im Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ trat diese unterschiedliche Akzeptanz von Interventionsmaßnahmen - trotz einer nur unscharfen Bestimmung der verschiedenen Milieus über die Einzugsgebiete der Schulen - darin zutage, dass die Kochangebote an der Versuchsschule 1 sehr gut nachgefragt wurden, während sich an der Versuchsschule 2 kaum Teilnehmer fanden und die Veranstaltungen teilweise ausfallen mussten.

7.6 Implikationen für die Gesundheitsförderung in der Grundschule und ihre Umsetzung im Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ lässt sich in der aufgestellten Systematik zwischen Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz und traditioneller Gesundheitserziehung verorten. So ist die Durchführung eines solchen umfassenden Projektes zur Förderung der Sicherheit und Gesundheit von Kindern in der Primarstufe unter der Leitung außerschulischer Institutionen Ausdruck der mit der Ottawa-Charta (1986) einhergehenden Forderung, dass sich alle gesellschaftlichen Institutionen und Einrichtungen an der Gesundheitsförderung beteiligen sollen. Die Maßnahmen wurden im Setting „Grundschule“ durchgeführt, wirkten aber zumindest an der Peripherie auch in andere Lebensbereiche (Elternhaus, Peergroup) hinein. Die Entstehung und die integrative-konzeptionelle Anlage des Projektes entsprechen demnach aus der **gesellschaftlichen Perspektive** dem Vorbeugungskonzept des Setting-Ansatzes.

Aus **Perspektive der beteiligten Schulen** stellt sich die Frage, inwieweit durch das Projekt neben subjektorientierten Maßnahmen (Verhaltensprävention) auch kontextorientierte Veränderungen (Verhältnisprävention) initiiert wurden. Mit Blick auf die unter 7.3 genannten Handlungsfelder/-ebenen stellt alleine schon die Durchführung eines solchen vierjährigen Projektes eine Veränderung auf der institutionell-administrativen Ebene dar. Dabei ist zu bedenken, dass Gesundheitsförderung ein langfristiger Prozess ist, der nicht mit einem einzelnen Projekt abgeschlossen sein kann, sondern vielmehr die ständige Auseinandersetzung mit den die Gesundheit beeinflussenden Fragen und Faktoren einfordert. Für eine nachhaltige Entwicklung hin zu einer gesundheitsfördernden

⁷⁶⁰ vgl. „ebd.“, S. 15.

Schule ist daher letztlich entscheidend, inwieweit die Kooperation über den Projektzeitraum hinausgehend verstetigt wurde. Vier Jahre nach Abschluss des Projektes lässt sich festhalten (vgl. Kapitel 9.2.1), dass das Projekt „Gut drauf!“ weder an den beiden Versuchs- noch den beiden Kontrollschulen implementiert wurde.⁷⁶¹ An der Versuchsschule 2 werden seitdem allerdings kontinuierlich verschiedene gesundheitsbezogene Programme durchgeführt, sodass davon ausgegangen werden kann, dass das Projekt zumindest an dieser Schule zu einer weiteren Beschäftigung mit gesundheitsbezogenen Themen und zu weiteren Kooperationen mit außerschulischen Einrichtungen angeregt hat. An dieser Schule ist es somit auch zu einer nachhaltigen Entwicklung auf der formal-organisatorischen Ebene gekommen. Da keine der durchgeführten Unterrichtseinheiten auf eine bauliche Umgestaltung des Lebensraums „Schule“ abzielte, blieb die infrastrukturelle Ebene des Setting-Ansatzes unberücksichtigt. Inwieweit auf der inhaltlichen Ebene das Schulleben, das Lehren und Lernen nachhaltig geprägt wurde, lässt sich nicht beurteilen.

Die einzelnen Unterrichtsbeiträge der verschiedenen Projektpartner standen in einer gesundheitserzieherischen Tradition: Der außerschulische „Experte“ informiert die unwissenden Schüler über mögliche Gefahren bzw. drohende gesundheitliche Beeinträchtigungen und vermittelt Kenntnisse und Fähigkeiten für ein sicheres und gesundes Verhalten. Dabei wurde ein breites Spektrum an Zugängen (vgl. 7.2.2) eingesetzt:

- Wissensbasierte Anteile waren in allen Unterrichtseinheiten enthalten. Vermutlich dominierte bei den zuständigen außerschulischen Personen das Anliegen, mit ihren Unterrichtseinheiten letztlich auch konkrete Wissensinhalte zu vermitteln. Auch die praktischen Bausteine, wie die Kochpraxis, wurden durch theoretische Unterrichtseinheiten, etwa zur Bedeutung von Vitaminen, ergänzt.
- Emotionsorientierte Zugänge waren ebenso gegeben. Allen Durchführenden war es wichtig, dass ihre Einheiten den Kindern Freude bereitet, offensichtlich wurde dies bei der Puppenbühne der Polizei im Rahmen der Diebstahlprävention. Aber auch Abschreckungsansätze, etwa bei der Brandschutzerziehung und der Warnung vor den Gefahren des Feuers, kamen in Einzelfällen zum Einsatz.
- Da die meisten Unterrichtseinheiten auf konkrete Veränderungen des Verhaltens abzielten, wurden zahlreiche verhaltensbezogene Maßnahmen im Gesamtprojekt realisiert - etwa in der „Bus-Schule“ das sichere und vernünftige Verhalten bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, oder die Förderung rückengesunden Verhaltens durch die Rückenschule/dem Schulranzen-TÜV.
- Über diese drei Säulen versuchten die beteiligten Projektpartner letzten Endes auch die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder zu unterstützen und gemäß dem Life-skills-Ansatz personale Kompetenzen auszubilden. So sollte mit dem Autogenen Training die Stressbewältigungsfähigkeit der Schüler erhöht, oder mit dem „Mut tut gut“-Konflikttraining der Polizei die Fähigkeit bei der Bewältigung von Konfliktsituationen (in der Opferrolle oder als Beobachter) gesteigert werden.

Letztlich scheint mir ein grundlegender Widerspruch bei der projektgebundenen Zusammenarbeit mit außerschulischen Institutionen allerdings nicht endgültig auflösbar: So weist der Projektcharakter auf eine temporäre Begrenzung der

⁷⁶¹ Unabhängig davon stellt sich auch die Frage, inwieweit es den außerschulischen Institutionen überhaupt möglich wäre, eine solche Präventionsarbeit kontinuierlich anzubieten.

Intervention hin, während die Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz eine nachhaltige Wirkung zum Ziel hat. Für ein solches Interventionsprojekt bedeutet dies, dass es entweder zu einer Verstetigung (zumindest von Teilen des Projekts) kommen sollte, oder aber dass die beteiligte Schule durch die Projektarbeit zumindest zu einer nachhaltigen Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Themen angeregt wird. Inwieweit eine Verstetigung realisiert wird, hängt nicht zuletzt auch vom Interventionserfolg ab. Dabei ist zu hinterfragen, ob die von außerschulischen Einrichtungen durchgeführten Maßnahmen - abgesehen von einer vorhandenen, inhaltlichen Qualität - methodisch-didaktisch tatsächlich innovativ sind, oder ob sie sich nicht sogar eher an veralteten Vorstellungen orientieren. Für das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ sollen diese Fragen in Kapitel 9 beantwortet werden. Zuvor werden im 8. Kapitel weitere gesundheitsbezogene Interventionsprojekte in der Grundschule vorgestellt.

8 Vierjährige Evaluationsstudien zur Gesundheitsförderung an Grundschulen

Auch wenn die Gesundheitsförderung an den Grundschulen einen steigenden Stellenwert genießt, die Kooperationen mit außerschulischen Partnern zunehmen, zahlreiche Interventionsprojekte durchgeführt, wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, sind dennoch weiterhin zumindest solche Evaluationsstudien selten, die den ganzen Grundschulzeitraum umfassen und die Schüler von der Einschulung bis zum Übergang in die weiterführenden Schulen mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen begleiten. Im Folgenden soll eine Übersicht über vorliegende vierjährige Projekte zur Gesundheitsförderung an und in Grundschulen (in Deutschland) gegeben werden. Jedes Programm wird mit seinen inhaltlichen Schwerpunkten, den Interventionsmaßnahmen, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen, und der dazugehörigen Evaluation (Stichprobe, Erhebungsinstrumenten und Ergebnissen) vorgestellt.

8.1 „Klasse2000“⁷⁶²

„Klasse2000“ ist in Deutschland das größte Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention in der Grundschule. Es wurde Anfang der 1990er Jahre von einem Expertenteam aus Medizin und Pädagogik konzipiert und wird seitdem mit der Anwendung in der Schulpraxis regelmäßig evaluiert und kontinuierlich weiterentwickelt. Ziel des Programms ist die Ausbildung allgemeiner Lebenskompetenzen (vgl. Kapitel 7.2.2) zur Sucht- und Gewaltprävention. Allein im Schuljahr 2008/09 nahmen bundesweit etwa 325.000 Schüler aus ca. 14.000 Grundschulklassen an einem „Klasse2000“-Programm teil.⁷⁶³

Die Interventionsmaßnahmen verteilen sich in jedem Schuljahr auf ca. 15 ausgearbeitete Unterrichtseinheiten, die entweder von externen Fachleuten, in so genannten „Gesundheitsförderer-Stunden“ unterrichtet, oder von den Klassenlehrern („Lehrer-Stunden“) durchgeführt werden. In Tabelle 8.1 sind die Inhalte des Programms skizziert.

⁷⁶² www.klasse2000.de/index.php (verfügbar am 03.03.10).

⁷⁶³ www.klasse2000.de/seiten/das_programm.php (verfügbar am 03.03.10).

Tabelle 8.1: Inhalte des Programms „Klasse2000“⁷⁶⁴

Schuljahr	Gesundheitsförderer-Stunden	Lehrer-Stunden
1. Schuljahr (2 Gesundheitsförderer-Stunden / 9 Lehrer-Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung in das Projekt • Einführung von Bewegung als regelmäßiges Element im Unterricht 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktives Zuhören und Sprechen • Experimente zur Luft • Regelmäßige Entspannungs- und Bewegungsübungen • Elternabend zur Gesundheitsförderung in der Schule
2. Schuljahr (3 Gesundheitsförderer-Stunden / 13 Lehrer-Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegung und Atmung • Rückengesundheit, bewegtes Sitzen, Entspannungsmassage • Der Weg der Nahrung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle • Problemlöseformel • Bewegung, bewegtes Sitzen • Die Ernährungspyramide • Bedeutung von Wasser, Obst und Gemüse • Kunstwettbewerb zum Thema „Wohlfühlen“
3. Schuljahr (3 Gesundheitsförderer-Stunden / 10 Lehrer-Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> • Herz und Blutkreislauf • Körpersprache und Gefühle • Übungen zum Gemeinschaftsgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle • Wut und Angst • Konflikttraining • Klassenklima • Erkennen eigener Stärken und Schwächen
4. Schuljahr (2 Gesundheitsförderer-Stunden / 10 Lehrer-Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> • Glück und Werbung • Abschlussveranstaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol und Rauchen • Gruppendruck erkennen • Rollenspiele zum „Nein“-Sagen • Freundschaft

Das Programm „Klasse2000“ wird kontinuierlich evaluiert. Eine aktuelle und umfassende Studie, die die Wirksamkeit des Programms überprüfte, wurde zwischen 2005 und 2009 in Hessen durchgeführt.⁷⁶⁵

Die Stichprobe in der Evaluationsstudie umfasste 127 Klassen aus 59 hessischen Schulen, wobei 66 Klassen die Versuchsgruppe und 61 Klassen die Kontrollgruppe bildeten. Zum Projektbeginn am Anfang des 1. Schuljahres wurden von 1.123 Schülern der Versuchsgruppe Beurteilungen (durch die Lehrer) erhoben, in der Kontrollgruppe umfasste die Ausgangsstichprobe 1.031 Kinder. Am Projektende lagen für insgesamt 1.019 Schülern (516 in der Versuchsgruppe und 503 in der Kontrollgruppe) Daten von allen fünf Erhebungszeitpunkten vor.⁷⁶⁶

Die Wirkung des Programms wurde mit vier Erhebungsinstrumenten gemessen. Zu fünf Erhebungszeitpunkten (Mitte des 1. Schuljahres sowie am Ende des jeweiligen Schuljahres) wurden die Klassenlehrer um eine Schülerbeurteilung gebeten. Zu Beginn des 3. Schuljahres, am Ende des 3. sowie am Ende des 4. Schuljahres

⁷⁶⁴ www.klasse2000.de/seiten/inhalte.php (verfügbar am 03.03.10).

⁷⁶⁵ vgl. Isensee/Hanewinkel: Klasse2000 - Evaluation des Unterrichtsprogramms in Hessen. Abschlussbericht. Kiel: IFT 2009.

⁷⁶⁶ vgl. „ebd.“, S. 8.

wurden die Schüler befragt, am Ende des 2. und am Ende des 4. Schuljahres zusätzlich die jeweilige Schulleitung. Die folgenden Erhebungsinstrumente wurden eingesetzt:

- Fragebogen für Lehrkräfte: Dieser enthielt allgemeine Angaben zur Schule und zur Klasse, zum Klassenklima und zu den durchgeführten Interventionsmaßnahmen.
- Fragebogen für Lehrkräfte über das Verhalten der Schüler: Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten, personalen und sozialen Kompetenzen.
- Unterrichtsbeurteilung und Dokumentation der durchgeführten Interventionsmaßnahmen durch die Lehrkräfte (sowohl für die Gesundheitsförderer-Stunden wie auch für die Lehrer-Stunden).
- Fragebogen für Schüler: Allgemeine Angaben, subjektive Gesundheitsbewertung, Angaben zum Gesundheits- und Risikoverhalten, zum Gesundheitswissen, zum Klassenklima, zu Gewalterfahrungen, zu Schulleistungen.
- Fragebogen für die Schulleitung: Allgemeine Angaben zur Schule, Bewertung des Programms.⁷⁶⁷

Die Auswertung der erhobenen Daten belegt, dass die Versuchsklassen in mehrerer Hinsicht von den durchgeführten Unterrichtsmaßnahmen profitierten: So beobachteten die Lehrer aus der Versuchsgruppe bei ihren Schülern signifikant weniger Verhaltensauffälligkeiten in den Bereichen „Selbstwertgefühl/Minderwertigkeitsgefühl“, sowie bei Stress-Symptomen und körperlichen Beschwerden.

Die Schüler berichteten in den Interventionsklassen seltener den Konsum von Zigaretten und Alkohol als die Schüler aus der Kontrollgruppe, sie äußerten eine höhere gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit und verfügten über ein umfangreicheres gesundheitsrelevantes Wissen. Keine messbaren Unterschiede zeigten sich dagegen bei der Selbst- wie Fremdzuschreibung (durch die Lehrer) von sozialen Kompetenzen, bei der Häufigkeit von Mobbing, im Bewegungsverhalten und im Medienkonsum sowie in der subjektiven Bedeutung von Gesundheit.

Sowohl von Schülern wie auch von Lehrern wurde in den Interventionsklassen eine günstigere Entwicklung des Klassenklimas berichtet. Auf schulischer Ebene wurde von der überwiegenden Mehrheit der befragten Schulleiter das Programm als Bereicherung für den Schulalltag bezeichnet. Etwa die Hälfte der Interventionsschulen entschloss sich zu weiteren gesundheitsbezogenen Initiativen, knapp drei Viertel der Schulen strebte nach Abschluss des Projekts eine Zertifizierung als gesundheitsfördernde Schule an.⁷⁶⁸

Die Autoren der Evaluationsstudie bilanzieren ihre Ergebnisse wie folgt: *„Zusammenfassend lassen sich somit sowohl auf Ebene der Schülerinnen und Schüler als auch der Klassen und der Schulen Auswirkungen des Programms Klasse2000 finden, wobei diese nicht durchgängig statistisch abgesichert und von der Größenordnung als praktisch signifikant eingeordnet werden können.“*⁷⁶⁹

⁷⁶⁷ vgl. „ebd.“, S. 9ff.

⁷⁶⁸ vgl. „ebd.“, S. 34ff.

⁷⁶⁹ „ebd.“, S. 36.

Letzteres wird auch auf methodische Schwierigkeiten zurückgeführt, wie sie typisch sind für Längsschnittuntersuchungen in dieser Größenordnung, und die auch beim Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ festzustellen waren (vgl. Kapitel 9.5).

8.2 „Chilt I – III“ (Children`s Health International Trial)⁷⁷⁰

Das dreistufige „Chilt“-Projekt der Deutschen Sporthochschule in Köln widmet sich der Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Weitere Schwerpunkte liegen auf der Prävention von Diabetes mellitus Typ II und in einem sportpädagogischen Programm für Kinder mit ADS/ADHS. Das Projekt läuft seit 2001 und benennt an Zielen:

- Die Grundlage für ein lebenslanges Gesundheitsverhalten zu schaffen.
- Die Lebensstile der Kinder und ihrer Familien (Freizeitverhalten, Ernährungsverhalten, Stressbewältigung) positiv zu beeinflussen.
- Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel als Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen zu reduzieren.
- Übergewichtige und adipöse Kinder, sowie deren Familien, intensiv und wohnortsnah zu betreuen.
- Die wissenschaftliche Begleitung, Evaluation und Optimierung der durchgeführten Maßnahmen.⁷⁷¹

Die Interventionsmaßnahmen erfolgen auf drei unterschiedlichen Stufen:

„Chilt I“: Über den gesamten vierjährigen Grundschulzeitraum hinweg vermitteln die zuvor geschulten Lehrer in einem wöchentlichen Umfang von 10-30 Minuten gesundheitsbezogene Themen (fächerübergreifend und in Abstimmung mit dem Lehrplan). Zudem werden möglichst viele Bewegungsangebote im und außerhalb des Unterrichts eingerichtet.⁷⁷² Diese Stufe dient der Primärprävention und betrifft alle Schüler. Die folgenden Themen werden behandelt: Der Körper, Grundlagen der Ernährung, Immunabwehr, Hygiene, psychosoziale Aspekte, Freizeitgestaltung, Umgang mit Werbung, Umwelt und Gesundheit (Allergien, Lärm).⁷⁷³

„Chilt II“: Die zweite Stufe des Programms konzentriert sich auf die übergewichtigen und adipösen Kinder. Zweimal in der Woche wird unter der Aufsicht von Ernährungsberatern gemeinsam gekocht und gegessen. Ergänzend findet noch ein Bewegungsprogramm unter der Leitung von Sportlehrern/-wissenschaftlern statt.⁷⁷⁴ Diese Stufe steht im Kontext der Sekundärprävention.

„Chilt III“: Fokussiert ausschließlich die adipösen Kinder und deren Familien. Zweimal wöchentlich werden die Kinder in der Deutschen Sporthochschule betreut, um die Ursachen und Folgen von Adipositas zu therapieren und langfristig die Grundlagen für einen gesunden Lebensstil zu legen.⁷⁷⁵ Diese Stufe verbindet die Sekundär- mit der Tertiärprävention.

⁷⁷⁰ www.chilt.de (verfügbar am 03.03.10).

⁷⁷¹ „ebd.“

⁷⁷² www.chilt.de/chilt1/ (verfügbar am 04.03.10).

⁷⁷³ vgl. Graf: Das CHILT Projekt – Children`s Health Interventional Trial. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 158.

⁷⁷⁴ www.chilt.de/chilt2/ (verfügbar am 04.03.10).

⁷⁷⁵ www.chilt.de/chilt3/ (verfügbar am 04.03.10).

Die folgenden Angaben zur Programmevaluation beziehen sich auf „Chilt I“, da dieser Programm-Bestandteil als einzige Stufe über den ganzen vierjährigen Grundschulzeitraum und jeweils im Klassenverband durchgeführt wurde. Zudem wurden „Chilt II“ und „Chilt III“ mit einer geringeren Stichprobe evaluiert. „Chilt I“ startete 2001 an zwölf Grundschulen im Raum Köln; fünf randomisierte Grundschulen dienten dabei als Kontrollgruppe. Die Datenerhebung erfolgte an drei Erhebungszeiträumen: zum Programmstart zu Beginn des 1. Schuljahres (2001), am Ende des 2. Schuljahres (2003) und am Ende des 4. Schuljahres (= Projektende, 2005).⁷⁷⁶ Vom ersten und vom letzten Erhebungszeitraum lagen Daten für 615 Kinder (314 Jungen und 301 Mädchen)⁷⁷⁷ aus den Versuchsschulen vor, die Kontrollgruppe umfasste ca. 250 Kinder⁷⁷⁸.

Die Wirksamkeit des Programmes wurde mit den folgenden Erhebungsinstrumenten gemessen:

- Bestimmung von Übergewicht und Adipositas anhand des Body Mass Index,
- Bestimmung der Körperkoordination anhand des KTK (siehe auch Kapitel 5.3.1.2.2 und Kapitel 9.4.3.2),
- Bestimmung der Ausdauer-Leistung über einen 6-Minuten-Lauf.⁷⁷⁹

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Interventionsmaßnahmen in den Versuchsschulen unterschiedlich häufig eingesetzt wurden. An einigen Schulen fanden die wöchentlich geplanten Gesundheitsstunden nur einmal im Halbjahr statt, an anderen Schulen wurden zwei bis drei dieser Einheiten in der Woche durchgeführt.

Hinsichtlich der Prävention von Übergewicht und Adipositas hinterließ die vierjährige Intervention in den Versuchsklassen keinen messbaren Effekt gegenüber der Kontrollgruppe. In der Versuchsgruppe war der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder gegenüber dem Einschulungszeitpunkt (+ 2,1% auf 18,3%) sogar stärker angestiegen als in der Kontrollgruppe (+ 1,5% auf 17,9%). Keine nennenswerten Unterschiede zwischen beiden Gruppen ergaben sich in der Ausdauerleistung und im Gesamtergebnis des KTK. Allerdings erzielten die Kinder aus der Versuchsgruppe an zwei der vier Stationen des KTK signifikant bessere Ergebnisse. Auffällig war zudem, dass übergewichtige und adipöse Kinder bei den sportmotorischen Aufgaben deutlich schlechtere Leistungen erzielten. Die geringen Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe führen die Autoren auch darauf zurück, dass das Programm nicht in allen Schulen wie geplant durchgeführt wurde.⁷⁸⁰ Zudem bleibt die Erkenntnis: „[...] *it is extremely difficult for school-based programmes to encourage overweight and obese children in an adequate way to change their lifestyle*“⁷⁸¹. Diese Erkenntnis unterstreicht zudem die Notwendigkeit

⁷⁷⁶ vgl. Graf: Das CHILT Projekt – Children´s Health Interventional Trial. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 157f.

⁷⁷⁷ vgl. Graf u.a.: School-based prevention: Effects on obesity and physical performance after 4 years. In: Journal of Sport Sciences, 26 (2008), S. 988.

⁷⁷⁸ www.chilt.de/chilt1/ (verfügbar am 05.03.10).

⁷⁷⁹ vgl. Graf: Das CHILT Projekt – Children´s Health Interventional Trial. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 157f.

⁷⁸⁰ vgl. Graf u.a.: School-based prevention: Effects on obesity and physical performance after 4 years. In: Journal of Sport Sciences, 26 (2008), S. 989ff.

⁷⁸¹ „ebd.“, S. 992.

spezieller Angebote für übergewichtige Kinder (und deren Familien), wie sie mit „Chilt II“ und „Chilt III“ auch bereits existieren.

8.3 „Primakids“⁷⁸²

Das Projekt „Primakids – Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule“ wurde von 2002-2006 an 14 Hamburger Grundschulen (neun Versuchsschulen und fünf Kontrollschulen) durchgeführt. Ziel des Projektes war die Entwicklung und Überprüfung von Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Grundschule. Der ganzheitliche Ansatz des Projektes unterteilte das Setting Schule in die drei Teilaspekte:

- Kinder-Gesundheit,
- Lehrer-Gesundheit,
- Schulentwicklung.

Die Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Kinder-Gesundheit umfassten in allen vier Schuljahren jeweils fünf Unterrichtseinheiten (90 min), die jeweils im zweiten Halbjahr des Schuljahres durchgeführt wurden. Zur Förderung der Kindergesundheit wurden zwei unterschiedliche Themenschwerpunkte angeboten, die an den Schulen alternativ durchgeführt wurden:

- a) „Allgemeine Gesundheitsförderung“ (Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Gewaltprävention und Stressbewältigung); an fünf Grundschulen durchgeführt,
- b) „Adipositasprävention“ („Obst und Gemüse – 5 am Tag“; „fettarme und ausgewogene Ernährung nach der Lebensmittelpyramide“; „maximal eine Stunde Fernsehen am Tag“; „mindestens eine Stunde Bewegung am Tag“ und „täglich mindestens eine gemeinsame Familienmahlzeit“); an vier Grundschulen durchgeführt.⁷⁸³

Die Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Lehrer-Gesundheit beinhalteten an vier Grundschulen ein freiwilliges Coaching-Programm zur Erhöhung der Widerstandskraft gegenüber den Belastungen des beruflichen Alltags, sowie zur Erhöhung der Kompetenzen bei der Bewältigung beruflicher Anforderungen und die Entwicklung sowie Stabilisierung gesundheitlicher Ressourcen zur Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens. Dieses Coaching-Programm fand nur in einem Schuljahr statt und dauerte sieben bis neun Sitzungen.⁷⁸⁴

Das Programm zur Schulentwicklung fand nur an zwei Interventionsschulen statt (zusätzlich wurden zwei Kontrollschulen evaluiert). Es beinhaltete eine qualitative Analyse der Ist-Situation an den Schulen mit dem Ziel, die „Stärken“ der jeweiligen Schule, ihren Veränderungsbedarf und die dafür nötigen Schulentwicklungsmaßnahmen zu bestimmen.⁷⁸⁵

Die Stichprobe setzte sich aus 20 Klassen aus den 14 beteiligten Schulen mit ca. 500 Schülern zusammen. Die Daten wurden jährlich im ersten Halbjahr des

⁷⁸² www.primakids.de (verfügbar am 06.10.09).

⁷⁸³ vgl. www.primakids.de/kindergesundheit.html (verfügbar am 06.10.09).

⁷⁸⁴ vgl. www.primakids.de/lehrergesundheit.html (verfügbar am 06.10.09).

⁷⁸⁵ vgl. www.primakids.de/schulentwicklung.html (verfügbar am 06.10.09).

jeweiligen Schuljahres erhoben. Zum ersten Messzeitpunkt (1. Schuljahr) wurden die Daten von 497 Schülern (151 mit Interventionsschwerpunkt „Gesundheitsförderung“, 165 mit Interventionsschwerpunkt „Adipositasprävention“ und 180 aus der Kontrollgruppe) erhoben. Am vierten Messzeitpunkt (4. Schuljahr) umfasste die Stichprobe noch 404 Schüler (127 mit Interventionsschwerpunkt „Gesundheitsförderung“, 131 mit Interventionsschwerpunkt „Adipositasprävention“ und 143 aus der Kontrollgruppe), von denen zu allen Messzeitpunkten vollständige Datensätze erhoben werden konnten. An dem Coaching-Programm zur Lehrergesundheit nahmen 16 Lehrkräfte aus vier Grundschulen teil.

Die Wirkung des Programms wurde mit verschiedenen Erhebungsmethoden erfasst. Zur Auswertung der Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder-Gesundheit kamen folgende Verfahren zum Einsatz:

- Standardisierte Interviews mit den Kindern zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zum Gesundheitsverhalten,
- Messung von Körpergröße und Körpergewicht,
- Elternfragebogen zum Familienkontext.

Aus den erhobenen Daten wurden mittels Faktorenanalyse die folgenden Indikatoren für das subjektive Gesundheitsempfinden und das Gesundheitsverhalten errechnet: Gesunde Ernährung, Ungesunde Ernährung, Aktivität, Inaktivität, Selbstwert und Wohlbefinden.⁷⁸⁶ Die Auswertung des Coaching-Programms zur Förderung der Lehrer-Gesundheit erfolgte anhand einer Vorher-Nachher-Befragung mittels des AVEM-Fragebogens (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster; nach Schaarschmidt/Fischer).⁷⁸⁷

Mit den verschiedenen Erhebungsmethoden wurden die folgenden Ergebnisse gewonnen:

- Das subjektive Wohlbefinden (Langeweile, Angst, Krankheitsgefühl, Kopf- und Bauchweh, Müdigkeit) der Kinder aus der Gesundheitsförderungsgruppe verbesserte sich signifikant gegenüber der Adipositaspräventionsgruppe und der Kontrollgruppe.
- Der Verzehr ungesunder Lebensmittel reduzierte sich in der Adipositaspräventionsgruppe und in der Kontrollgruppe stärker als in der Gesundheitsförderungsgruppe.
- Die körperlichen Aktivitäten (Fahrrad fahren, Sport treiben) erhöhten sich in der Adipositaspräventionsgruppe und der Gesundheitsförderungsgruppe signifikant gegenüber der Kontrollgruppe.
- Die körperliche Inaktivität (drinnen spielen, hoher Medienkonsum, Verzehr von Schokolade) reduzierte sich in der Adipositaspräventionsgruppe signifikant gegenüber der Gesundheitsförderungsgruppe und der Kontrollgruppe.
- Keine Unterschiede zeigten sich bei den Dimensionen „Soziales Umfeld/Selbstwert“ und „Gesunde Ernährung“.
- Die Adipositasprävention lieferte keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Stichprobengruppen, allerdings waren Präventionserfolge bei Mädchen und bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status zu erkennen. Dass diese

⁷⁸⁶ vgl. www.primakids.de/kindergesundheit.html (verfügbar am 06.10.09).

⁷⁸⁷ Schaarschmidt/Fischer: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster: AVEM: Manual. Frankfurt a.M.: Swets 2003. Siehe auch Kapitel 3.1.

Unterschiede nicht signifikant wurden, wurde einerseits auf die geringe Stichprobe zurückgeführt, und andererseits als generelle Grenze von gesundheitserzieherischen Maßnahmen (ohne eine besondere Teilnehmermotivation) erkannt.⁷⁸⁸

Auf Grund der geringen Datenbasis (von lediglich zehn Fragebögen) bei der Vorher-Nachher-Befragung zum Coaching-Programm für Lehrer verzichte ich auf die Darstellung dieser Ergebnisse.

8.4 „Fit und stark fürs Leben“⁷⁸⁹

Das Projekt „Fit und stark fürs Leben“ ist ein Unterrichtsprogramm zur frühzeitigen und kontinuierlichen Förderung der psychosozialen Kompetenzen von Kindern mit den Schwerpunkten in der Gewalt- und Suchtprävention (siehe auch Kapitel 10.3.3). Das Programm basiert auf dem „Life-skills“-Ansatz (vgl. Kapitel 7.2.2) und liegt in drei aufeinander aufbauenden Unterrichtsmaterialien für die Klassenstufen 1-2, 3-4 und 5-6 vor. (Für die vorliegende Arbeit sind nur die beiden Manuals für die ersten vier Schuljahre relevant.)

Die in diesen Manuals enthaltenen Interventionsmaßnahmen umfassen 20 Unterrichtseinheiten (60-90 min) und haben zum Ziel, die Kinder in den folgenden Lebenskompetenzbereichen zu stärken:

- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen (Empathiefähigkeit),
- Umgang mit Stress und negativen Emotionen,
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
- kritisches Denken und Standfestigkeit (gegenüber Gruppendruck),
- Problemlösestrategien,
- Information/Gesundheitsrelevantes Wissen.

Das Programm wird seit dem Jahr 2000 in etwa 80 Grundschulen in den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg eingesetzt, es liegen drei kontrollierte Interventionsstudien zur Wirksamkeitsprüfung des Curriculums vor.⁷⁹⁰

Die Stichprobe der drei Erhebungen umfasste vor dem Projektbeginn insgesamt 3.865 Schüler. Über alle Messzeitpunkte hinweg konnten von 3.469 Schülern vollständige Datensätze erfasst werden; davon 846 Kinder aus den Klassenstufen 1 und 2 (523 aus der Versuchsgruppe, 323 aus der Kontrollgruppe) und 998 Kinder aus dem 3. und 4. Schuljahr (Versuchsgruppe: 562, Kontrollgruppe: 486).⁷⁹¹ Da die durchgeführten Maßnahmen auf den Zeitraum eines Schulhalbjahres konzentriert wurden, fand die Datenerhebung jeweils unmittelbar vor Beginn der Intervention und direkt im Anschluss an die Intervention zum Ende des Halbjahres statt.

⁷⁸⁸ vgl. www.primakids.de/abschlusspraesentation.html (verfügbar am 06.10.09).

⁷⁸⁹ Burrow/Aßhauer/Hanewinkel: Fit und stark fürs Leben. 1. und 2. Schuljahr. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht. Leipzig: Klett Grundschulverlag 1998; Burrow/Aßhauer/Hanewinkel: Fit und stark fürs Leben. 3. und 4. Schuljahr. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Streß und Sucht. Leipzig: Klett Grundschulverlag 1999.

⁷⁹⁰ Hanewinkel/Aßhauer: Fit und stark fürs Leben. In: Suchttherapie 4/2003, S. 197-199.

⁷⁹¹ weitere 1.625 Schüler aus den Jahrgangsstufen der 5. und 6. Klasse.

Die Auswertung der Wirksamkeit des Programms erfolgte über mehrere Erhebungsinstrumente: In den ersten beiden Schuljahren sollten Eltern und Lehrer anhand standardisierter Fragebögen (für die Eltern die Child Behavior Checklist (CBCL/4--18); für die Lehrer der Teacher's Report Form (TRF)) emotionale Auffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten sowie die Problemlösekompetenzen der Kinder beurteilen. Ab dem 3. Schuljahr erfolgte die Auswertung über anonymisierte Selbstbeurteilungsskalen der Schüler, u.a. zum Zigaretten-Konsum, zu Einstellungen zum Rauchen, zum Wissen über Gesundheitsgefährdungen.⁷⁹²

Die Evaluationsergebnisse für das Curriculum des 1./2. Schuljahres konnten belegen, dass nach Einschätzung der Lehrer die aggressiven Verhaltensweisen in der Versuchsgruppe geringer waren als in der Kontrollgruppe. Für das 3./4. Schuljahr stellten die Lehrer für die Versuchsgruppe (gegenüber der Kontrollgruppe) eine Verbesserung in den untersuchten Variablen „Angst/Depressivität“, „soziale Probleme“ und „delinquentes Verhalten“ fest. Weiterhin äußerten die Schüler der Versuchsgruppe eine negativere Einstellung gegenüber dem Rauchen, eine geringere Tendenz in Zukunft mit dem Rauchen anzufangen und eine stärkere Erwartung von negativen Konsequenzen durch das Rauchen. Zudem stieg im Vergleich zur Kontrollgruppe der Anteil der Kinder, die angaben, schon öfter geraucht zu haben, nicht an. Weitere positive Effekte (mehr Wissen um die Gesundheitsgefahren des Rauchens, besseres Klassenklima, höhere psychosoziale Kompetenzen) konnten für die 5./6. Klassenstufe nachgewiesen werden.⁷⁹³

8.5 „Arbeitsplatz Schule“⁷⁹⁴

Das an der Fridtjof-Nansen-Schule in Hannover (siehe auch Kapitel 10.3.3) durchgeführte Pilotprojekt untersuchte, ob mit einer bewegungsergonomischen Arbeitsplatzgestaltung und mit einem bewegungsgeleiteten Unterricht das Körper- und Arbeitsverhalten, die körperlich-motorischen Entwicklungsprozesse, die medizinisch-orthopädischen Entwicklungsprozesse sowie das Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen der Schüler innerhalb eines vierjährigen Projektzeitraums (1999-2003) erfolgreich beeinflusst werden konnte.

Die Interventionsmaßnahmen in der Versuchsgruppe umfassten:

- Spezielles, bewegungsergonomisches Schulmobiliar;
- Möbel auf Rollen zur schnellen Änderung der Unterrichtsformen;
- bewegungsorientierte Unterrichtsmethoden;
- gezielter Wechsel der Organisationsformen;
- freie Wahl des Körperverhaltens;
- Schulung der Lehrer hin zu bewegungsorientierten Lehr- und Lernformen.

⁷⁹² vgl. Aßhauer/Hanewinkel: Fit und stark fürs Leben – Prävention des Rauchens durch Vermittlung psychosozialer Kompetenzen. In: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.): Suchtvorbeugung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen, S. 37. Verfügbar unter: www.schule-bw.de/lehrrkraefte/beratung/suchtvorbeugung/informationsdienst/info15/ (28.01.10).

⁷⁹³ vgl. Hanewinkel/Aßhauer: Fit und stark fürs Leben. In: Suchttherapie 4/2003, 198f.

⁷⁹⁴ vgl. Breithecker: Arbeitsplatz Schule - Wie sieht das Klassenzimmer der Zukunft aus?, S. 17f.

Die Stichprobengröße umfasste vier Schulklassen der Grundschule, bei der Auswertung am Ende wurden letztlich 62 Schüler der Versuchsgruppe berücksichtigt. Zwei Klassen einer benachbarten Grundschule mit vergleichbarem Einzugsgebiet bildeten die Kontrollgruppe, von der am Ende 27 Schüler berücksichtigt wurden.

Die Effekte der Interventionsmaßnahmen wurden durch vier Testverfahren evaluiert:

- Verhaltensbeobachtung des Körper- und Arbeitsverhaltens;
- Motorik-Test (Haltekraft, Koordination, Beweglichkeit);
- Medizinisch-orthopädische Haltungsanalyse;
- Aufmerksamkeitstest.

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigte, dass „[...] *das Körperverhalten der Versuchsgruppe sich wesentlich dynamischer entfalten konnte als das der Kontrollgruppe*“.⁷⁹⁵ Dynamisches Körperverhalten zeichnet sich durch mehr Bewegungsänderungen innerhalb einer Haltung (z.B. dem Sitzen) aus. Diese Bewegungsänderungen alleine sind jedoch noch nicht als Beleg für eine gesundheitsfördernde Wirkung anzusehen. Einen Hinweis auf eine solche Wirkung enthielten die Ergebnisse der medizinisch-orthopädischen Haltungsanalyse, bei denen sich in der Kontrollgruppe im Laufe der vier Schuljahre zunehmend mehr Fehlentwicklungen (Brustkorbkyphose und Lendenlordose) zeigten, während in der Versuchsgruppe die Auffälligkeiten - trotz teilweise höherer Prävalenzen vor Projektbeginn - zurückgingen. Diese Befunde legen zwei Erkenntnisse nahe: Zum einen, dass die „*statisch-passive Sitzschule*“ das Entstehen von orthopädischen Auffälligkeiten, Haltungsfehlern (insbesondere Rundrückenhaltung) und letztlich damit Rückenbeschwerden bei Heranwachsenden begünstigt, zum anderen, dass entsprechend entwickelte Sitzmöbel und ein bewegungsorientierter Unterricht solche Rückenbeschwerden nicht nur verhindern, sondern sogar bereits bestehende Haltungsfehler beheben kann. Darüber hinaus belegten die Ergebnisse des Aufmerksamkeitstests, dass die Kinder der Versuchsklasse mit einem zusätzlichen Bewegungsangebot an mehreren, über den Schulvormittag verteilten, Messzeitpunkten höhere Konzentrationsleistungen erzielten als die Schüler der Kontrollgruppe.⁷⁹⁶

8.6 „Ich bin Ich – Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung“⁷⁹⁷

Ausgangspunkt des Förderprogramms „*Ich bin Ich – Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung*“ ist die Leitidee, „[...] *dass das Besondere und Einmalige der Person eines jeden Kindes bewusst gemacht werden soll und gelernt wird, eigene Schwächen zwar zu erkennen, aber nicht als selbstwertmindernd zu verarbeiten. Das ist insofern schwierig, weil es bis zum heutigen Tag schulischer Alltag ist, besonders die Fehler und Schwächen der Lernenden wahrzunehmen, zu definieren und zu*

⁷⁹⁵ „ebd.“, S. 20f.

⁷⁹⁶ Dieses Ergebnis wurde nicht in dem Zeitschriftenartikel veröffentlicht, sondern findet sich im gleichnamigen Endbericht zum Projekt. Verfügbar unter: www.haltungundbewegung.de/fileadmin/bag/binary/BAG2_D.pdf (02.10.09).

⁷⁹⁷ Krause/Wiesmann/Hannich: Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern. Lengerich: Pabst Science Publishers 2004.

kennzeichnen [...]“⁷⁹⁸. Das Projekt verknüpft das Modell der Salutogenese (vgl. Kapitel 2.3) mit dem „Life-skills“-Ansatz (vgl. Kapitel 7.2.2) und geht davon aus, dass eine stabile Ich-Identität eine wichtige personale Gesundheitsressource darstellt. Das vierjährige Programm hat sich daher die Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung zum Ziel gesetzt. Innerhalb der vier Jahre sollen die Kinder:

- durch gesundheitsförderliche Selbstreflexion und Empathie ihr Selbstwertgefühl erhöhen;
- Kommunikationsfähigkeiten erwerben, um Konflikte produktiv zu lösen;
- Kompetenzen im Umgang mit Stressoren und Belastungssituationen entwickeln, damit Belastungen von den Kindern als Herausforderung gedeutet und erlebt werden können.⁷⁹⁹

Die Intervention erfolgt in so genannten „Gesundheitsstunden“, die von den Lehrern nach einer vorhergehenden Qualifizierung durchgeführt werden. Bei Bedarf können zur Unterstützung auch Gesundheitsberater des Vereins „Kess e.V.“⁸⁰⁰ hinzugezogen werden. Im 1. Schuljahr umfasst das Programm 15 dieser Gesundheitsstunden, im 2. bis 4. Schuljahr finden jährlich fünf Gesundheitstage mit je drei Stunden statt. Die Inhalte lassen sich fünf Schwerpunkten zuordnen:

- Entwicklung und Förderung der Selbstreflexion; Erkennen und Nutzen der eigenen Stärken;
- Gesundheitsförderliche Kommunikation; Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit und Üben von Möglichkeiten zur Lösung von Konflikten;
- Entwicklung und Förderung von Körpererfahrung und Körperbewusstsein; Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, Wahrnehmung der eigenen Körpersignale und der Körpersignale der Anderen;
- Gesundheitsförderliche Freizeitgestaltung;
- Gesunde Ernährung.⁸⁰¹

Die Wirksamkeit des Programms wurde mit zwei Erhebungen evaluiert: In einer Ersterprobung umfasste die Stichprobe insgesamt 20 Schulklassen aus den Städten Göttingen und Greifswald, mit einer zweiten Erhebung (2000 bis 2005) wurde das Programm in 13 Grundschulen aus Göttingen und Dortmund eingesetzt und evaluiert. Insgesamt liegen Daten von 604 Kindern vor.⁸⁰²

Mit einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Verfahren wurde das subjektive Wohlbefinden der 5- bis 10-jährigen Kinder an jeweils fünf Erhebungszeitpunkten erfasst. Die Wirksamkeit des Programms wurde im Vergleich der Selbstwert-Entwicklung in Versuchs- und Kontrollgruppe überprüft. Hierbei kamen die folgenden Messinstrumente zum Einsatz:

- ein Befindlichkeitsprofil;
- ein Fragebogen mit Fragen bezüglich:
 - Freizeitverhalten;
 - sozialem Umfeld;

⁷⁹⁸ „ebd.“, S. 262.

⁷⁹⁹ vgl. „ebd.“, S. 260.

⁸⁰⁰ www.kess-ev.de (verfügbar am: 16.02.10).

⁸⁰¹ vgl. Krause/Wiesmann/Hannich: Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern, S. 263ff.

⁸⁰² vgl. Krause: Umgang mit Stress und Angst. In: Die Grundschulzeitschrift 21/2007, S. 14.

- Familienbedingungen;
- schulischen Erfahrungen;
- ein Bilder-Wahlverfahren, bei dem die Kinder zu 30 alltäglichen Tätigkeiten angeben sollten, wie gerne bzw. ungerne sie diese Tätigkeiten ausüben;
- ein Satzergänzungstest, bei dem die Kinder um spontane, selbstbezogene Aussagen zu ihrer emotionalen Befindlichkeit gebeten wurden.⁸⁰³

Bislang liegen nur allgemeine Aussagen zur Wirksamkeit des Programms vor, detaillierte Ergebnisse sind noch nicht publiziert worden. Dies ist damit zu erklären, dass es in den bisherigen Phasen um die Beantwortung der Frage ging, „[...] *ob die Gesundheitsstunden und -tage von den Lehrkräften selbstständig durchgeführt werden können und wie die Umsetzung des Programmes die Qualität der Schulentwicklung beeinflusst. Es sollte außerdem untersucht werden, welche Qualifizierung Lehrer und Lehrerinnen brauchen, um den Weg zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schule mitgehen zu können und inwieweit es gelingen kann, Eltern in die Gesundheitsförderung aktiv einzubinden.*“⁸⁰⁴

Neben dieser Prozessevaluation lag ein weiterer Schwerpunkt bislang auf der Validierung der eingesetzten Erhebungsinstrumente.⁸⁰⁵

Zum Einschulungszeitpunkt wurden bei etwa 20% der Kinder Defizite im Selbstwertgefühl und im subjektiven Wohlbefinden beobachtet. Diese Defizite konnten mit dem Programm im Laufe der vier Jahre in der Mehrzahl der beteiligten Schulen behoben werden, wenngleich die Autoren insbesondere die Heterogenität in der Entwicklung an den verschiedenen Schulen hervorheben.⁸⁰⁶ Generell sehen die Autoren sich durch ihre Ergebnisse in der Bedeutsamkeit des Programms für die schulische Gesundheitsförderung bestätigt. Ein Erfolg der Maßnahmen lässt sich ihrer Ansicht nach aber nur erreichen, „[...] *wenn Gesundheitsförderung zum Prinzip des Lebens und Lernens aller in der Schule Tätigen wird.*“⁸⁰⁷

8.7 „Bewegte Grundschule“⁸⁰⁸

Mit einer vierjährigen Längsschnittstudie (1996-2000) wurde die Umsetzung eines Konzeptes zur Bewegten Grundschule (vgl. Kapitel 5.3.1.4) erprobt und evaluiert. Ziel war es, die Bewegungserziehung nicht nur auf den Sportunterricht zu beschränken, sondern sie als eine umfassende Aufgabe auf den gesamten Grundschulunterricht auszudehnen. Mit dem Projekt sollten Möglichkeiten und Grenzen einer auf die „*Ganzheit des Schülers gerichteten Bewegungserziehung*“⁸⁰⁹

⁸⁰³ vgl. Wiesmann (u.a.): Subjektive Befindlichkeit im Grundschulalter. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1/2008, S. 41ff.

⁸⁰⁴ Krause: Ich bin Ich. Dokumentation zum 12. bundesweiten Kongress Armut und Gesundheit in Berlin 2006. Verfügbar unter: www.gesundheitberlin.de/download/Krause.pdf (16.02.10).

⁸⁰⁵ vgl. Wiesmann (u.a.): Subjektive Befindlichkeit im Grundschulalter. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1/2008, S. 41ff.

⁸⁰⁶ vgl. Krause: Ich bin Ich. Dokumentation zum 12. bundesweiten Kongress Armut und Gesundheit in Berlin 2006, S. 5f. Verfügbar unter: www.gesundheitberlin.de/download/Krause.pdf (16.02.10).

⁸⁰⁷ vgl. „ebd.“, S. 9.

⁸⁰⁸ Müller/Petzold: Längsschnittstudie bewegte Grundschule. St. Augustin: Academia 2002.

⁸⁰⁹ „ebd.“, S. 23.

aufgedeckt werden. Die Teilziele des Projektes beinhalteten neben der körperlich-motorischen auch die kognitive, die soziale und die emotionale Entwicklung des Kindes.

Die durchgeführten Interventionsmaßnahmen richteten sich an Schüler, Eltern und Lehrer. In der Arbeit mit den Kindern wurden die folgenden Maßnahmen implementiert:

- Bewegtes Lernen als Unterrichtsprinzip
- Dynamisches Sitzen (vgl. auch Kapitel 8.5)
- Bewegte Pausen
- Bewegungsorientierte Projekte/Wandertage
- Entspannungsphasen.

Einen Schwerpunkt der Bewegungserziehung bildete zudem der reguläre Sportunterricht. Für die Lehrer wurden umfassende Fortbildungsmaßnahmen zur Bewegungsförderung angeboten. Die Eltern wurden über Elternabende und -briefe informiert und durch gemeinsame Eltern-Kind-Spielstunden zur Mitarbeit motiviert.⁸¹⁰

Das Projekt wurde an vier Versuchsschulen (mit zusammen ca. 800 Schülern) und drei Kontrollschulen (mit zusammen ca. 480 Schülern) im Raum Dresden durchgeführt. Die Stichprobe der Längsschnittstudie umfasste über alle fünf Erhebungszeiträume hinweg die vollständigen Daten von 149 Kindern aus der Versuchsgruppe und 81 Schülern der Kontrollschulen. An den Versuchsschulen engagierten sich im Laufe des Projektzeitraum zwischen 33 und 45 Lehrkräften im Projekt (Teilnahme an den Fortbildungen u.ä.).⁸¹¹

Die Maßnahmen des Projekts wurden mit den folgenden Erhebungsmethoden evaluiert:

- schriftliche Schülerbefragung
- Schulleistungstest
- Schülerprofil (Schüler- und Lehrerbefragung)
- Befindlichkeitsskalen zur emotionalen Entwicklung der Kinder
- anthropometrische Messungen, Muskelfunktionstest, Körperhaltungsanalyse
- AST-Motorik-Test
- Dokumentenanalyse zum Unfallgeschehen
- Selbstkonzeptskalen
- Wochenprotokolle (Lehrer)
- Elternfragebogen.⁸¹²

In ihrem Fazit kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass „[...] die Kinder das Konzept der bewegten Grundschule sehr interessiert annehmen und teilweise unproblematischer damit umgingen als dies von den Lehrern anfänglich erwartet wurde. [...] Aus der Gesamtsicht nach vier Projektjahren können wir einschätzen: Grundschule kindgemäß zu gestalten, bedeutet auf alle Fälle auch, das

⁸¹⁰ vgl. „ebd.“, S. 28ff.

⁸¹¹ vgl. „ebd.“, S. 47f.

⁸¹² vgl. „ebd.“, S. 46.

*Bewegungsbedürfnis der Kinder mehr zu tolerieren und Bewegung als wesentliches Element in den gesamten Schulalltag zu integrieren.*⁸¹³

Im Detail konnten bei den Schülern am Ende des vierjährigen Projektzeitraums die folgenden positiven Effekte in der Versuchsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe nachgewiesen werden:

- verbesserte Konzentrationsfähigkeit;
- Verbesserung des Sozialklimas, weniger Konflikte unter den Schülern, geringere Aggressionsbereitschaft;
- besseres subjektives Befinden, weniger Schulstress;
- Verbesserung des Selbstkonzepts;
- Verbesserung der koordinativen Fähigkeiten.

Weiterhin wurde in den Versuchsklassen keine Verschlechterung der Schulleistungen als Folge von Zeitverlusten durch bewegungsorientierte Unterrichtsphasen bzw. -pausen festgestellt.

Keine Effekte konnten

- bei der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit;
- im BMI oder der Vitalkapazität;
- bei den konditionellen Fähigkeiten nachgewiesen werden.

Von Lehrern und Eltern wurde das Projekt positiv wahrgenommen: So sagten 80% der Lehrer, dass die Unterrichtsgestaltung durch das Konzept der Bewegten Schule offener und das Unterrichtsklima entspannter geworden sei. Nahezu 90% der Eltern schrieben dem Projekt günstige Auswirkungen für die Entwicklung des Kindes zu.⁸¹⁴

8.8 Überblick und Vergleich mit dem Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Interventionsprojekte, in denen außerschulische Einrichtungen über den gesamten vierjährigen Grundschulzeitraum hinweg gesundheitsfördernde Maßnahmen durchführen, relativ selten sind. Dies dürfte auch dem Aufwand liegen, der mit ihrer Realisierung verbunden ist: Solche Projekte erfordern die kontinuierliche Begleitung der Versuchsgruppen, die regelmäßige Anpassung der Inhalte an die kindliche Entwicklung und stellen hohe Anforderung an die begleitende Evaluation.

Die behandelten Themen beziehen sich sowohl auf die objektive wie auf die subjektive Gesundheit. Ernährungserziehung und Bewegungsförderung bilden häufig einen Schwerpunkt innerhalb ganzheitlicher Interventionsansätze, über die Wohlbefinden, Körperbewusstsein und Selbstwertgefühl gesteigert werden sollen. In diesem Zusammenhang werden Bewegungsförderung und Ernährungserziehung daher auch für die Gewalt- oder Suchtprävention relevant. Auffällig ist weiterhin, dass die Mehrheit dieser Interventionsprojekte explizit oder unausgesprochen von dem Life-skills-Ansatz (vgl. Kapitel 7.2.2) ausgeht: Die Kinder sollen durch

⁸¹³ „ebd.“, S. 60.

⁸¹⁴ vgl. „ebd.“, S. 61ff.

ganzheitliche, gesundheitsbezogene Intervention Kompetenzen erwerben, die sie zur Bewältigung von anstehenden Entwicklungsaufgaben befähigen und ihre Resilienz gegenüber gesundheitsschädigenden Einflüssen und Bewältigungsmuster - die v.a. mit dem Übergang ins Jugendalter drohen - erhöhen. Damit wird durchaus, zumeist aber unausgesprochen, eine salutogene Perspektive eingenommen, sodass das Modell der Salutogenese (vgl. Kapitel 2.3) in der Gesundheitsförderung der Grundschule durchaus virulent ist.

Mit Blick auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ fällt auf, dass allenfalls das Programm „Klasse2000“ (vgl. Kapitel 8.1) ein so umfassendes Themenspektrum abdeckte, hinsichtlich der Vielzahl an beteiligten außerschulischen Projektpartner dürfte es sogar einzigartig sein. Ebenso wie die Mehrzahl der anderen Projekte nahm das Projekt „Gut drauf!“ Schüler und Eltern in den Blick. Anders als in den Projekten „Primakids“ (vgl. 8.3), „Arbeitsplatz Schule“ (vgl. 8.5) und „Bewegte Grundschule“ (vgl. 8.7) wurde bei den Lehrern nicht interveniert, weder zur Verbesserung der Lehrergesundheit noch als Fortbildung oder im Sinne eines Multiplikatoren-Konzepts. Darin sind noch Entwicklungspotenziale für eine Wirkungssteigerung zu erkennen, die auch eine Weiterentwicklung der Interventionsschulen im Sinne des Setting-Ansatzes (vgl. Kapitel 7.3) begünstigen würde. Angesichts der Vielfalt des Projektes ist aber nachvollziehbar, dass dies nicht auch noch realisiert werden konnte. Dieser Aspekt ist daher weniger als Kritik, sondern als ein struktureller Unterschied festzuhalten.

9 Das Projekt „Gut drauf – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

9.1. Zielsetzung

Das Hauptziel der Evaluationsstudie zum Projekt *„Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* war die Untersuchung des Erfolges eines ganzheitlichen, umfassenden und langfristig angelegten Konzeptes zur Gesundheits- und Sicherheitserziehung in der Grundschule von der ersten bis zur vierten Klasse im Ennepe-Ruhr-Kreis (EN-Kreis). Die weitere Zielsetzung betraf die Evaluation des Erfolgs einzelner Bausteine des Programmes die von den verschiedenen im Projekt beteiligten außerschulischen Einrichtungen konzipiert und umgesetzt wurden.

Die einzelnen Module des zu evaluierenden Unterrichtskonzeptes wurden von verschiedenen außerschulischen Kooperationspartnern entwickelt und über einen Zeitraum von vier Jahren in zwei Schulklassen in Kooperation mit den beiden beteiligten Schulen durchgeführt. Das bedeutet, dass ein und dieselbe Schülergruppe (unter Berücksichtigung von jährlichen Fluktuationen durch Wohnortswechsel und Nichtversetzung) über einen Zeitraum von vier Jahren zusätzliche gesundheits- und sicherheitsbezogene Unterrichtsinhalte vermittelt bekam. Vor diesem Hintergrund stellt unsere Evaluationsuntersuchung eine Längsschnittstudie dar, welche die für die Untersuchung ausgewählten Schüler/innen während ihrer vierjährigen Grundschulzeit begleitete.

Die Interventionsstudie des Projekts *„Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* realisierte die Forderung, die Kompetenzen und Verantwortlichkeit verschiedener Gruppen (Polizei, Krankenkassen, Bildungseinrichtungen, öffentlichen Dienstleistern wie den Verkehrsgesellschaften) zu bündeln und im Sinne der Gesundheitsförderung nutzbar zu machen. Das Projekt lässt sich dem Setting-Ansatz (vgl. Kapitel 7.3) zuordnen. Zu den Zielsetzungen gehörten:

- Wissensvermittlung (z.B. über gesunde und ungesunde Ernährungsweisen),
- Förderung eines gesunden Lebensstils,
- Beeinflussung der sozialen Umwelt durch Elternarbeit und Lehrerbildung.

9.2 Beteiligte Institutionen

9.2.1 Beteiligte Schulen

An dem Forschungsprojekt waren jeweils zwei Grundschulen aus zwei Städten des EN-Kreises beteiligt. Die von den außerschulischen Kooperationspartnern entwickelten Unterrichtskonzepte wurden in je einer Klasse der beiden Versuchsschulen eingesetzt. Die Parallelklassen der jeweiligen Versuchsklassen in A-Stadt und die entsprechenden Klassen an den beiden Schulen in B-Stadt fungierten als Kontrollklassen. Alle vier Schulen waren in der ersten Klasse des Jahres 2002 dreizügig, alle Schulen waren nicht konfessionsgebundene Gemeinschaftsgrundschulen. Innerhalb des Zeitraums von dem Schuljahr 2004/05

bis zum Schuljahr 2007/08 gingen alle vier Schulen zu einer offenen Ganztagschulform über. Um die Anonymität der beteiligten Schulen und Personen nicht zu gefährden, wird im Weiteren auf eine ausführliche Beschreibung der Schulen verzichtet; die folgende Übersicht muss daher genügen:

Versuchsschule 1: Experimentalschule mit einer Versuchsklasse und zwei Kontrollklassen

Die Versuchsschule 1 liegt im Innenstadtbereich der Stadt A. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund ist eher gering (ca. 10% der Schüler/innen) und die Familien gelten für ökonomisch besser gestellt als an der Versuchsschule 2.⁸¹⁵ An gesundheitsfördernden Maßnahmen nehmen seit Abschluss des Projektes „Gut drauf!“ alle Klassen am Programm „Klasse2000“ (vgl. Kapitel 8.1) teil.

Versuchsschule 2: Experimentalschule mit einer Versuchsklasse und zwei Kontrollklassen

Die Versuchsschule 2 liegt im Innenstadtbereich der Stadt A. Die Schülerklientel an der Versuchsschule 2 kann als „*schwierig*“ angesehen werden, da viele Schüler/innen aus ökonomisch schwachen Familien stammen. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund ist höher als an der Versuchsschule 1. Verschiedene gesundheitsbezogene Projekte werden seit Abschluss des Projektes „Gut drauf!“ durchgeführt: zur Zahngesundheit, Suchtprävention, Ernährungserziehung, Gewaltprävention („FAUSTLOS“, siehe auch Kapitel 5.3.4.3) und das themenübergreifende Programm „Klasse2000“ (vgl. Kapitel 8.1).

Kontrollschule 1: Kontrollschule mit drei Kontrollklassen

Die Kontrollschule 1 liegt in einem Vorort der Stadt B. Das Einzugsgebiet wurde bei der Projektkonzeption von der Sozial- und Bildungsstruktur her mit dem der Versuchsschule 1 gleichgesetzt.

Kontrollschule 2: Kontrollschule mit drei Klassen

Die Kontrollschule 2 liegt in der Innenstadt der Stadt B. Die Schülerklientel setzt sich aus den verschiedenen gesellschaftlichen Schichten zusammen. Ein überdurchschnittlicher Anteil von Schülern unterschiedlicher Nationalitäten prägt den Schulalltag. Auch der soziale Hintergrund (Einkommen, Bildungsstand der Eltern) der Familien ist sehr heterogen anzusehen. Die Kontrollschule 2 sollte konzeptionell der Versuchsschule 2 entsprechen.

Der Großteil der Kinder (62%) wohnte in unmittelbarer Nähe der jeweiligen Schule (bis max. 1 km). Lediglich 8% der Kinder wohnten mehr als 3 km von ihrer Grundschule entfernt und hatten somit einen längeren Schulweg. In der Regel (89% der Schüler) erreichten die Schüler die Schule daher innerhalb von 15 Minuten. Jedes zweite Kind konnte (nach Einschätzung der Eltern am Ende des 1. Schuljahres) die Schule innerhalb von zehn Minuten zu Fuß erreichen.

⁸¹⁵ Dies ist die Einschätzung der Projektleitung und der betreffenden Lehrer, quantitative Daten, etwa zum Bildungsgrad oder zur Einkommensstruktur der Eltern lagen nicht vor. Allenfalls ein unterschiedlich hoher Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund und unterschiedliche hohe Kinderzahlen in den Familien können als Hinweise für ein anderes soziales Milieu an den beiden Versuchsschulen angesehen werden.

Durch die geringe Entfernung zwischen Wohnung und Schule konnten ca. $\frac{3}{4}$ der Kinder den Schulweg über alle vier Jahre hinweg zu Fuß zurücklegen (vgl. Abbildung 9.1). Der Anteil der Schüler, die mit dem Auto zur Schule gebracht wurden, variierte zwischen 14%-20%; etwa 5%-8% der Kinder nutzten die öffentlichen Verkehrsangebote, darunter besonders häufig die Schüler der Kontrollschule 1. Das Fahrrad gewann erst am Ende des 4. Schuljahres als Verkehrsmittel an Bedeutung, aber auch dann nutzten es lediglich 6% der Schüler (Befragungszeitpunkte im Sommer) auf dem Schulweg.

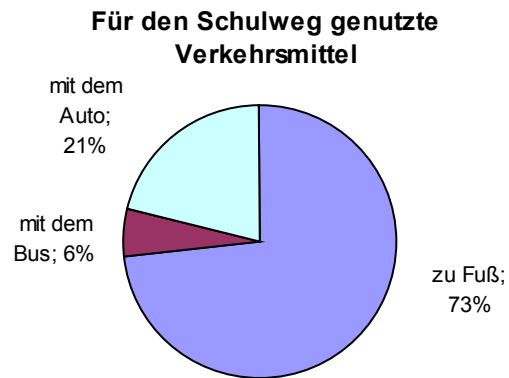


Abbildung 9.1: (Hinweg). Angaben von 176 Eltern der vier untersuchten Schulen. Beim Rückweg war der Anteil der Schüler, die zu Fuß gingen, etwas höher (78%), dafür fuhren weniger Kinder (16%) im Auto mit. Quelle: Elternfragebogen zu Beginn des 1. Schuljahres.

Im Vergleich zu den im Motorik-Modul zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erhobenen Daten zur Schulweg-Mobilität von Kindern im Grundschulalter (Stichprobengröße: 1.527 Kinder im Grundschulalter) fällt der hohe Anteil (73%) an Kindern auf, die Schulweg zu Fuß zurücklegen. Im Motorik-Modul lag der Anteil mit 44% wesentlich niedriger. Etwa vergleichbar viele Kinder wurden mit dem Auto zur Schule gebracht (21% bzw. 19%). Während im Motorik-Modul mit 22% nahezu jedes vierte Grundschulkind mit öffentlichen Verkehrsmitteln fuhr, war der Anteil an den von uns untersuchten Schulen mit 6% deutlich geringer. Immerhin 10% der Grundschüler im Motorik-Modul fuhren mit dem Fahrrad zur Schule, dieser Fall kam in der „Gut drauf!“-Stichprobe kaum vor. Der Vergleich der Daten weist auf eine wohnungsortnahe Anbindung der Schulen hin. Die meisten Schüler können ihre Schule zu Fuß erreichen, motorisierte Verkehrsmittel oder Fahrräder mussten wegen der kurzen Entfernungen nicht oder nur kaum eingesetzt werden. Damit dürfte eine geringere Schulwegunfälle-Gefährdung einhergehen als an Schulen, an denen viele Kinder mit dem Auto gebracht werden oder mit dem Fahrrad kommen (siehe auch Kapitel 9.5.4.2).⁸¹⁶

9.2.2 Außerschulische Kooperationspartner

Die Projektgruppe setzte sich aus verschiedenen außerschulischen Institutionen zusammen. Sie war zuständig für die Auswahl der zu behandelnden Inhalte und die Organisation und Durchführung der pädagogischen Maßnahmen an den Versuchsschulen. Dabei entwickelte jeder Projektpartner für seinen Präventionsbereich eigene pädagogische Konzepte. Im Einzelnen waren die folgenden Einrichtungen an dem Projekt beteiligt:

⁸¹⁶ vgl. Bös u.a. (Hrsg.): Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, S. 166f. Die Prozentzahlen zur Schulwegmobilität im Motorik-Modul ergeben in der Summe nur 95%, Rest: „Sonstige“.

Polizei EN

Die Polizei, vertreten durch die Bezirkspolizei und die Kreispolizeibehörde, war Initiator des Projektes und im Wesentlichen für das Gesamtkonzept verantwortlich. Die Interventionsmaßnahmen der Polizei behandelten die Verkehrssicherheit, die Gewaltprävention und die Kriminalitätsvorbeugung.

Feuerwehr EN

Der Kreisfeuerwehrverband des EN-Kreises entwickelte im Rahmen des Projektes Konzepte zur Brandschutzerziehung in der Grundschule.

AVU

Die AVU ist das regionale Energieversorgungsunternehmen des EN-Kreises. Daneben engagiert sich das Unternehmen über verschiedene Kooperationen mit Vereinen und Institutionen in Projekten aus den Bereichen Kultur, Sport, Soziales und Schule. Mit ihren Unterrichtseinheiten im Projekt trug die AVU zur Entwicklung des Umwelt- und Sicherheitsbewusstseins im Umgang mit Strom, Wasser und Energie bei.

AOK

Die AOK ist die größte Krankenkasse im Raum Westfalen-Lippe. Die Unterrichtsschwerpunkte lagen auf den Themen „*Gesunde Ernährung*“, „*Bewegung*“ und „*Prävention von Haltungsschäden*“. Hierbei stellten die „*Rückenschule*“ und der „*Schulranzen-TÜV*“ zentrale Bausteine dar, mit denen schon im Grundschulalter Haltungs- und Rückenschäden vorgebeugt werden sollen. Mit dem Autogenen Training wurden die Kinder in eine Selbstentspannung-Technik eingeführt.

VER

Die Verkehrsgesellschaft Ennepe-Ruhr GmbH (VER) ist ein regionaler Anbieter im Öffentlichen Personennahverkehr. Innerhalb des Projektes wurde das bestehende Konzept der „Bus-Schule“ von der Sekundarstufe auf die Grundschule übertragen. Hierdurch wurden die Inhalte der Verkehrserziehung in zweierlei Hinsicht ergänzt: Zum einen wurden die Schüler über die Gefahren aufgeklärt, die bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel entstehen können, zum anderen lernten sie, wie sie diese selbstständig als umweltfreundliche und sichere Fortbewegungsmittel nutzen können.

Universität Duisburg-Essen

Die AG „*Mobilität und Verkehr*“ des Fachbereichs Bildungswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen war für die wissenschaftliche Begleitung des Projektes zuständig. Es wurden in Absprache mit den Kooperationspartnern die Untersuchungszeitpunkte und die Erhebungsinstrumente für die Evaluationsuntersuchung ausgewählt, umgesetzt und ausgewertet.

9.3 Interventionsmaßnahmen

Jeder Projektpartner führte im unterschiedlichen Umfang im Laufe der vier Jahre die für seinen Teilbereich entwickelten Beiträge in den Versuchsklassen durch. Die Unterrichtsmaßnahmen wurden gleichmäßig auf das ganze Schuljahr verteilt, sodass in der Regel in jedem Monat eine Einheit (zumeist eine Doppelstunde mit 90

Minuten) durchgeführt wurde. Die Maßnahmen wurden überwiegend an beiden Versuchsschulen in der gleichen Kalenderwoche eingesetzt und von entsprechend geschultem Personal der jeweiligen Projektpartner geleitet. In den Kontrollklassen wurde in dieser Zeit der übliche Schulunterricht durchgeführt - teilweise auch mit Beteiligung der im Projekt eingebundenen Institutionen, z.B. der Polizei im Rahmen der Verkehrserziehung.

Innerhalb des vierjährigen Zeitraumes zielten die zusätzlichen Verkehrserziehungs-Unterrichtseinheiten der **Polizei** darauf ab, die Kompetenzen der Kinder für eine sichere Teilnahme am Straßenverkehr zu verbessern. Dies bezog sich auf theoretische Kenntnisse, z.B. das notwendige Wissen über Verkehrs- oder Verhaltensregeln, sowie auf praktische Fertigkeiten im Umgang mit den von den Kindern benutzten Fahrzeugen und Spielgeräten. Letztlich sollte mit diesen Maßnahmen die Sicherheit der Kinder bei der Teilnahme am Straßenverkehr erhöht und die Zahl der (Kinder-) Unfälle reduziert werden.

Ein zweiter Schwerpunkt lag auf dem Gebiet der Kriminalitätsvorbeugung. Hierbei sollten die Schüler über kriminelle Verhaltensweisen aufgeklärt werden, mit dem Ziel, vor Kriminalität zu schützen (Kinder als Opfer) und gleichzeitig das Entstehen kriminellen Verhaltens bei den Kindern selbst zu verhindern (Kinder als Täter).

Mit einem dritten Themenblock sollten mit Hilfe von Selbstbehauptungs- und Anti-Aggressionsprogrammen die Kompetenzen der Kinder zu einer umsichtigen und gewaltfreien Lösung von Konfliktsituationen geschult werden. Das Ziel dieser Unterrichtseinheiten lag neben der Reduzierung gewaltförmiger Konflikte auch in der Problematisierung von Sachbeschädigung und vergleichbaren Delikten als spezielle Ausdrucksformen von Gewalt.

In den durch die Brandschutzerzieher durchgeführten Unterrichtseinheiten wurden zunächst die Aufgaben und die Arbeit der **Feuerwehr** vorgestellt, um die Kinder darüber zu informieren, in welchen Situationen sie die Feuerwehr um Hilfe rufen können. Ein wichtiger Bestandteil war das Absetzen eines Notrufs. Darüber hinaus wurden den Kindern die Grundlagen des Brandschutzwissens vermittelt. Hierzu gehörte das Wissen über Feuer und dessen Gefahren, sowie die Kenntnis über das Verhalten im Brandfall (Fluchtwege u.ä.). Durch praktische Übungen sollten die Schüler außerdem Sicherheit im Umgang mit Feuer und Zündmitteln gewinnen. Sie sollten Kompetenzen erwerben, die ihnen einerseits einen sicheren Umgang mit Feuer ermöglichen, und das Entstehen bedrohlicher Situationen vermeiden und zu bewältigen helfen.

Die Unterrichtskonzepte der **AVU** waren auf den Gebieten der Umwelterziehung und der Unfallprävention angesiedelt. Die Schüler sollten zu einem verantwortungsvollen und sicheren Umgang mit Strom, Gas und Trinkwasser angehalten werden, in dem sie Kenntnisse und Wissen über die verschiedenen Energieträger und zu den Prozessen bei der Strom- und Gaserzeugung und -bereitstellung vermittelt bekamen. Dabei sollte der Bezug zwischen dem Bedarf und der Umweltverträglichkeit der Energieversorgung hergestellt werden. Ein Ziel bestand darin, den Kindern die Notwendigkeit eines ökologisch verantwortlichen Handelns im Alltag zu verdeutlichen. Die für das 4. Schuljahr geplante Unterrichtseinheit zum Thema „Gas“ konnte aus zeitlichen Gründen nicht realisiert werden. (Die Auswertung der Bildaufgabe zur Umwelterziehung wurde im Endbericht zum Projekt veröffentlicht,

blieb aber in der vorliegenden Ergebnisauswahl im Kontext der Sicherheits- und Gesundheitserziehung unberücksichtigt.)

Die Interventionsmaßnahmen der **AOK** verfolgten im Rahmen der Gesundheitserziehung das Ziel, grundlegende Kenntnisse über eine gesunde Lebensweise und Alltagsgestaltung (Ernährung, Rückengesundheit, Stressbewältigung) zu vermitteln. Mit der Kinderrückenschule sollten die beteiligten Gruppen für rückenfreundliche Bewegungsmuster und Verhaltensweisen sensibilisiert werden. Eltern, Lehrer und Kinder lernten gesundheitsförderndes und rückergeordnetes Verhalten kennen und anwenden. Hierzu dienten beispielsweise die Reduzierung des Schulranzengewichts und die rückergeordnete Ausstattung des Schulranzens.

Auch die Unterrichtsreihen zur gesunden Ernährung richteten sich an Eltern, Lehrer und Schüler. Neben der praktischen Vermittlung von Ernährungsempfehlungen galt es hier zudem, Ernährungsgewohnheiten als Möglichkeit einer genussbetonten Gesundheitsvorsorge und als Voraussetzung für ein langfristiges, allgemeines Wohlbefinden zu erleben.

Am Ende des 4. Schuljahres wurden die Kinder mit dem Autogenen Training in eine Selbstentspannungstechnik eingeführt.

Die Unterrichtseinheiten des **VER** ließen sich sowohl dem Bereich der Verkehrs- wie auch der Umwelterziehung zuordnen. Im Rahmen der VER-„Bus-Schule“ bekamen die Schüler das sichere und angemessene Verhalten in den Bussen, an den Bushaltestellen, beim Ein- und Aussteigen und bei der Fahrt mit dem Bus vermittelt. Des Weiteren wurde das soziale Verhalten der Kinder untereinander und gegenüber den Busfahrern angesprochen, sowie Vandalismus, Verschmutzung und Diebstahl problematisiert. Darüber hinaus sollten die Schüler in die Lage versetzt werden, sich selbstständig im öffentlichen Nahverkehr zu orientieren und die öffentlichen Verkehrsmittel somit als sinnvolle, umweltschonende und sichere Alternative zum motorisierten Individualverkehr kennen lernen.

9.3.1 Unterrichtseinheiten im 1. Schuljahr

Insgesamt wurden von Oktober 2002 bis zum Juli 2003 zehn Veranstaltungen durchgeführt. Acht davon im Klassenunterricht, je eine Einheit der Polizei und der AOK fand im Rahmen eines Elternabends statt. Der VER setzte im 1. Schuljahr noch keine Maßnahme ein.

Unterrichtseinheiten der Polizei:

Die Polizei führte in der ersten Klasse vier Veranstaltungen im Rahmen der Verkehrserziehung durch.

„Sorgenbär-Aktion“ (1 UE im Klassenraum)

Den Kindern wurde über ein Puppenspiel (Puppenspieler mit Handpuppe) ein Zugang zum Leitbild der Polizei als „*Freund und Helfer*“ vermittelt. Die Kinder lernten Verkehrslieder kennen, die bereits Grundaussagen zu Verhaltensregeln für den Straßenverkehr beinhalteten. Anschließend wurde der Klasse ein Polizeibär überreicht, der die Funktion eines „*Sorgenbären*“ übernehmen sollte und dem die

Kinder ihre Sorgen und Nöte anvertrauen konnten. Gleichzeitig wurde den Kindern der Polizeibeamte, als ein mit dem „Sorgenbär“ vergleichbarer Freund und Helfer vorgestellt.

„Vom Durcheinander zum Miteinander“ (1 UE Sporthalle/Schulhof)

Die Kinder erwarben spielerisch praktische Verhaltensregeln für Fußgänger (gegenseitige Rücksichtnahme, Stehen bleiben, Rechts-vor-Links, Wer benutzt welchen Teil der Straße?, Sichtkontakt aufnehmen, ...). Mit dieser Unterrichtseinheit wurde eine Ergänzung zum standardisierten Schulwegtraining im Anfangsunterricht angeboten.

„Geschnallt“ - Mama bringt mich zur Schule (2 UE im Klassenraum/Schulhof)

Den Kindern wurde in einer Unterrichtseinheit ein Überblick über einfache Verhaltensregeln bei der Mitfahrt im Pkw gegeben. Hinzu kamen praktische Übungen (zum Aussteigen, Anschnallen). Diese Einheit hatte zum Ziel, über die Kinder auch das Verhalten der Eltern zu beeinflussen.⁸¹⁷ Die gesetzlichen Vorgaben für die Mitfahrt von Kindern sind entweder nicht allen Eltern bewusst, oder werden aus Bequemlichkeit nicht eingehalten (siehe auch die Daten zur Gurt-Sicherung von Kindern als Mitfahrer im Pkw in Kapitel 5.3.3.5). Erfahrungen aus der Schulwegsicherungsarbeit der Polizei haben gezeigt, dass das Einhalten gewisser Regeln erreicht werden kann, wenn die Kinder ihre Fahrer darauf hinweisen. Auf diese Weise können auch solche Fahrer erreicht werden, die die Kinder nicht regelmäßig fahren, z.B. die Großeltern.

Fahrtraining für die erste Klasse

(1 UE Theorie im Klassenraum/ 1 UE Praxis auf dem Schulhof)

Im Schonraum wurden die als Fußgänger erlernten Verkehrsregeln auf die Nutzung von Fahrzeugen (Fahrrädern, Skateboards, Kickboards, Rollern, Rollschuhe, ...) übertragen. Neben einem theoretischen Teil gab es einen praktischen Teil, in dem die Kinder mit mitgebrachten, von ihnen bevorzugt genutzten Fortbewegungsmitteln einen Parcours bewältigen mussten, der bestimmte Verkehrssituationen nachstellte und die Möglichkeit bot, das richtige Verhalten einzuüben (z.B. enge/weite Fahrwege, Bremsen, Ausweichen, Kommunikation mit anderen Verkehrsteilnehmern,...).

Unterrichtseinheiten der Feuerwehr:

Die Feuerwehr führte im ersten Schuljahr zwei Veranstaltungen zu den Grundlagen des Brandschutzes durch.

Der Notruf „112“ (1 UE im Klassenraum)

Im Rahmen des Deutschunterrichts wurde mit den Schülern das Absetzen des Notrufs eingeübt.

1. Notrufnummer der Feuerwehr
2. Das Abfrageschema:
 - Wer (ruft an)?

⁸¹⁷ Lohaus bezeichnet dies als ein „intendiert indirektes Vorgehen“, wobei häufiger versucht wird, mittels der Eltern und anderer Multiplikatoren die Kinder zu beeinflussen und nicht wie in diesem Fall über die Kinder die Eltern. Vgl. Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 14.

- Wo (ist etwas passiert)?
- Was (ist passiert)?
- Warten! (auf Rückfragen der Notrufannahme).

Verhalten im Brandfall (1 UE im Schulgebäude)

In einer weiteren Unterrichtseinheit wurde mit den Kindern das Verhalten im Brandfall eingeübt. Die Lerninhalte der Stunde bestanden aus folgenden Elementen:

- Flucht- und Rettungswege (Fluchtwegpläne im Haus und in der Schule);
- Versperrter Fluchtweg: kein Verstecken, kein Springen ohne Aufforderung;
- Die Fluchthaube;
- Räumungsübungen in der Schule.

In den ersten beiden Veranstaltungen sollten die Schüler zum einen erlernen, welche Informationen beim Absetzen eines Notrufs von der Feuerwehr für ihren Einsatz benötigt werden, und zum anderen über die Gefahren des Brandrauches aufgeklärt werden. Der Notruf ist bei einem Brand eine der wichtigsten Handlungsmöglichkeiten des Kindes. Die Kinder müssen die Nummer der Feuerwehr kennen und sie dürfen keine Angst davor haben, die Feuerwehr zu benachrichtigen, auch gerade dann nicht, wenn sie eine (Mit-)Schuld an der Brandentstehung haben. In der zweiten Einheit zum Verhalten im Brandfall übten die Schüler das schnelle und sichere Verlassen des Schulgebäudes bei einem Brand. Hierbei lernten die Kinder die verschiedenen Rettungswege ihrer Schule kennen.

Unterrichtseinheiten der AOK:

Die AOK führte im 1. Schuljahr drei Veranstaltungen zu den Themen „*Rückenschule*“ und „*Ernährung*“ durch. Das Programm wurde durch entsprechend geschulte Sportpädagogen bzw. Ernährungsberater der AOK umgesetzt. Die Maßnahmen der AOK waren in anderen Projekten erprobt und als Gesundheitsprogramme bewährt.⁸¹⁸ Sie sollen in einem Alter eingesetzt werden, in dem ungesunde Verhaltensmuster noch nicht gefestigt sind und deshalb auch noch durch pädagogische Ansätze verändert werden können.

„Schulranzen-TÜV“ (Elternabend und 1 UE im Klassenraum)

Der „*Schulranzen-TÜV*“ soll Haltungsschäden, die durch Überbelastung und falsche Trageweise der Schultornister entstehen können, vermeiden und ihnen entgegenwirken. Auf dem Elternabend wurden die Eltern in einem Umfang von ca. 20 Minuten über den bevorstehenden „*Schulranzen-TÜV*“ im Speziellen und der Rückengesundheit von Kindern im Allgemeinen informiert.

In der Schulstunde wurden in Theorie und Praxis folgende Aspekte thematisiert:

- Wie wird der Tornister richtig eingestellt und getragen?
- Was ist gut und was ist schlecht für die Rückengesundheit?
- Aufbau von Wirbelsäule und Bandscheibe.
- Wie viel darf die Schultasche wiegen?

⁸¹⁸ Das AOK-Programm „*Bewegte Kinder*“ wurde 1993 von der Weserbergland-Klinik in Höxter und der AOK entwickelt und wird seitdem regelmäßig eingesetzt und weiterentwickelt.

Durch die Rückenschule soll das Problembewusstsein bei Eltern, Lehrern und Schülern geweckt, unnötiges Gewicht der Schultaschen vermieden und generell zu einem rückenfreundlichen Bewegungsverhalten angeregt werden.

„Gesundes Frühstück“ (1 UE im Klassenraum)

Mit der Unterrichtseinheit zum „Gesunden Frühstück“ sollten die Schüler die Bedeutung der Ernährung für das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit des Menschen kennen lernen. Den Kindern wurden Beispiele für gesunde und ungesunde Nahrung und ihre Wirkung auf den Körper vermittelt. Die Maßnahmen sollten zu einem angemessenen Ernährungsverhalten anleiten und ernährungsbedingten Erkrankungen und Essstörungen vorbeugen.

Unterrichtseinheiten der AVU:

Die AVU informierte in einer Unterrichtseinheit über den Kreislauf des Wassers, dessen vielseitige Verwendung im Alltag und die Bedeutung von unbelastetem Wasser für die Gesundheit des Menschen. Ziel war es, die Kinder schon früh zu einem umweltbewussten Umgang mit Wasser zu erziehen.

9.3.2 Unterrichtseinheiten im 2. Schuljahr

Im Laufe des 2. Schuljahres wurden insgesamt neun Veranstaltungen im Rahmen des Projektes durchgeführt. Hierzu zählten auch zwei Elternabende an der Versuchsschule 2 bzw. vier Veranstaltungen (zwei Elternabende und zwei Kochkurse) an der Versuchsschule 1 zur gesunden Ernährung, die sich an die Eltern der Versuchsklassen richteten.⁸¹⁹ Darüber hinaus wurden erstmals Interventionsmaßnahmen der VER durchgeführt. Die AVU hatte für dieses Schuljahr keine Unterrichtseinheit vorgesehen.

Unterrichtseinheiten der Polizei:

Die Polizei führte im 2. Schuljahr eine Veranstaltung zur Verkehrserziehung und zwei weitere zur Kriminalitätsvorbeugung durch.

Das Aufbauprogramm zum Radfahrtraining knüpfte an der Unterrichtseinheit des 1. Schuljahres an. In der Sporthalle durften die Schüler unter verschiedenen Fahr- und Spielgeräten (Fahrräder, Inliner, Skateboards etc.) auswählen, um motorische Aufgaben zu bewältigen, mit denen verschiedene Anforderungen, die das Fahren mit diesen Spielgeräten auf dem Gehweg an die Kinder stellt, simuliert wurden. Hierzu zählten u.a. das Ausweichen von Hindernissen, das Verhalten bei Begegnungsverkehr, Besonderheiten bei engen Gehwegen, die Reaktion bei plötzlich auftauchenden Hindernissen. Neben der sicheren Beherrschung des Spielgeräts war bei den Kindern vorausschauendes Fahren, Konzentration auf die Verkehrssituation und die Kommunikation mit den anderen „Verkehrsteilnehmern“ gefordert. Bei allen Spielgeräten wurde darauf geachtet, dass die Kinder die entsprechende Schutzkleidung trugen. Nieland, die diese Einheit im Rahmen ihrer Examensarbeit begleitete, beurteilt die Unterrichtseinheit wie folgt:

⁸¹⁹ Die geplanten Kochabende mit den Eltern fanden bei den Eltern der Versuchsschule 2 geringe Resonanz, weshalb hier nur die beiden Elternabende stattfanden.

„Bemerkenswert fand ich, wie sich das Verhalten der Kinder während dieser Zeit veränderte. Zu Beginn des Fahrtrainings war noch jedes Kind darauf bedacht, möglichst flott seine Runden mit seinem Fahrgerät zu drehen, um den Anderen zu zeigen, wie gut und schnell es fahren kann. Nach und nach jedoch bemerkten die Kinder, dass das sichere Beherrschen des Fahrgerätes viel wichtiger ist als schnell fahren zu können.“⁸²⁰

Im Bereich der Kriminalitätsvorbeugung fanden zwei Unterrichtseinheiten zur Diebstahlsprävention statt. Hierbei wurde zum einen der Themenkomplex *„Werbung - Taschengeld - Ladendiebstahl“* angesprochen und zum anderen die Unterschiede des *„Leihen - Schenken - Stehlens“* thematisiert. In der ersten Einheit wurde die Wirkung der Werbung problematisiert, durch die manche Kinder zu Ladendiebstählen verleitet werden. Die Folgen einer solchen Tat wurden anhand des Kinderbuches *„Paul, gib't's her“*⁸²¹ verdeutlicht. In der zweiten Unterrichtseinheit wurden in einem Rollenspiel das Verleihen und mögliche daraus hervorgehende Konflikte thematisiert.

Unterrichtseinheiten der Feuerwehr:

Die Feuerwehr führte im 2. Schuljahr zwei Veranstaltungen im Klassenverband durch. Mit der Feuerwache wurde im Rahmen des Unterrichts auch ein außerschulischer Lernort aufgesucht.

Das Schwerpunktthema in diesem Jahr war der sichere Umgang mit Zündmitteln. Hierunter fielen der Gebrauch von Streichholz und Feuerzeug sowie das Anstecken und Löschen einer Kerze. Im Detail wurden folgende Aspekte angesprochen:

- Entnahme eines Streichholzes;
- Prüfen der Brauchbarkeit des Streichholzes;
- Schließen der Streichholzschachtel;
- Anreiben des Streichholzes;
- Ausblasen des Streichholzes;
- Sicheres Ablegen des abgebrannten Streichholzes;
- Vorsichtsmaßnahmen beim Anzünden und Löschen einer Kerze.

Bei dem Besuch der Feuerwache lernten die Kinder die Aufgaben und die Ausrüstung der Feuerwehr kennen. Zudem wurden die wesentlichen Inhalte der vorausgegangenen Einheiten wiederholt.

Unterrichtseinheiten der AOK:

Die Maßnahmen der AOK im 2. Schuljahr hatten eine kindgerechte und gesunde Ernährungsweise zum Inhalt und richteten sich sowohl an die Schüler wie auch an deren Eltern (Elternabende und Kochpraxis). Wie oben bereits erwähnt, fanden die angebotenen Kochabende bei den Eltern der Versuchsschule 2 kaum Resonanz, sodass diese Veranstaltungen nur an der Versuchsschule 1 umgesetzt wurden.

Auf den Elternabenden wurden verschiedene, kindgemäße Ernährungsweisen vorgestellt. Die Kochabende standen unter dem Motto *„Schnelles, Vitaminreiches mit*

⁸²⁰ Nieland: Verkehrssicherheit als Unterrichtsthema im zweiten Schuljahr der Primarstufe, S. 142.

⁸²¹ Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (Hrsg.): Paul, gib's her. Ein Buch für Kinder in Tagesstätten und Grundschulen. Stuttgart: reif print kg 2000.

Obst und Gemüse für die ganze Familie“. Hierzu wurden verschiedene Gerichte mit ihren Rezepten vorgestellt und zubereitet.

Die Unterrichtseinheiten mit den Schülern setzten sich mit den folgenden Aspekten auseinander:

- Kennenlernen von weiteren Obst- und Gemüsesorten;
- Bestimmung des Vitamin C-Gehalts mit Hilfe eines Teststreifens;
- praktisches Ausprobieren verschiedener (origineller) Kochrezepte.

Die kreative Zubereitung von Obst und Gemüse sollte den erlebnisorientierten Genuss von Obst und Gemüse betonen. Der praktische Teil der Einheit wurde durch zwei kurze Filme aus der Reihe „*Die Sendung mit der Maus*“ ergänzt. Hierbei lagen die Schwerpunkte auf der Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Gesundheit (speziell dem Wachstum), sowie auf dem Zusammenhang von Geschmacks- und Geruchssinn, um die Bedeutung der Sinne für die Wahrnehmung von Speisen zu verdeutlichen. Das gemeinsame Ziel dieser Einheiten bestand darin, die Ernährungsqualität von Speisen über möglichst viele Kriterien zu definieren.

Unterrichtseinheit der VER:

Mit dem 2. Schuljahr setzte erstmals die Verkehrsgesellschaft Ennepe-Ruhr (VER) Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit der Kinder im Straßenverkehr, speziell bei der Nutzung der öffentlichen Nahverkehrsmittel, ein. Das Konzept „*VER macht Schule*“ richtet sich eigentlich an Schüler der vierten und fünften Klassen, wurde aber im Rahmen des Projektes für das frühe Grundschulalter modifiziert. In Kooperation mit der Polizei wurde in praktischen Situationen das richtige Verhalten innerhalb und außerhalb des Busses, z.B. an den Haltestellen, eingeübt. Zu den Zielen gehörten:

- die Vermittlung des rücksichtsvollen Verhaltens gegenüber den Mitfahrenden und den Busfahrern;
- diszipliniertes Warten, geordnetes Ein- und Aussteigen sowie sicheres Verhalten während der Fahrt;
- Kennenlernen der wichtigsten Schilder und Regeln bei der Busnutzung;
- Sicheres Verhalten an den Haltestellen und bei der Straßenüberquerung.

Weiterhin sollten die Kinder die öffentlichen Verkehrsmittel als umweltfreundliche Alternative im Straßenverkehr kennen lernen.

9.3.3 Unterrichtseinheiten im 3. Schuljahr

Im Laufe des 3. Schuljahres wurden insgesamt neun Veranstaltungen im Umfang von ein bis zwei Doppelstunden durchgeführt. Seitens der AOK wurde zudem ein Elternabend angeboten, bei dem die Eltern über die Inhalte der Ernährungsberatung und der Kinderrückenschule informiert wurden.

Unterrichtseinheiten der Polizei:

Die Polizei veranstaltete zwei Unterrichtseinheiten zur Gewaltprävention. Mit dem Puppenspiel „*Die Abzocke*“ wurde eine Schutzgeld-Erpressung dargestellt. Die Polizisten spielten auf der Puppenbühne eine derartige Situation mit verschiedenen Verhaltensalternativen nach. Die Intention des Stückes war es, die Schüler

anzuleiten, sich in einer solchen Situation in jedem Fall an eine Vertrauensperson (Eltern, Lehrer, Polizei) zu wenden.

In der zweiten Unterrichtseinheit wurden die vielfältigen Ausdrucksformen von Gewalt thematisiert. Zu den Zielen dieser Reihe aus dem Programm „*Mut tut gut*“ zählten:

- „1. *Kritische Beobachtung des eigenen Gewaltverhaltens (Wann?, Warum?, ...).*
2. *Nicht nur körperliche Attacken verletzen, auch verbale Angriffe oder Drohungen sind als Aggressionen zu bewerten.*
3. *Um Gewalt zu vermeiden, müssen alle gemeinsam den Mut aufbringen, etwas gegen Gewalt im Alltag zu tun.*“⁸²²

Das Ziel war den Kindern zu vermitteln, bis zu welcher Stelle - und mit welchen Mitteln - die so genannte „*Gewaltspirale*“ unterbrochen werden kann, und durch welches Verhalten sie in der Rolle als „Opfer“ bzw. als „Helfer“/„Beobachter“ von Konfliktsituationen zu einer Deeskalation der Gewalt beitragen können. Durch verschiedene Rollenspiele zum Opfer- und Helferverhalten sollten die Schüler lernen, wie sie durch Verhaltensweisen, Gesten und Körperhaltungen solche Konfliktsituationen lösen können.

Unterrichtseinheiten der Feuerwehr:

Die Feuerwehr führte zwei Unterrichtseinheiten zur Brandschutzerziehung durch. Hierbei wurden zunächst die Inhalte der ersten beiden Schuljahre nochmals wiederholt. In einer Einheit kurz vor Weihnachten wurde der sichere Umgang mit Zündmitteln geübt. In einem weiteren Teil dieser Stunde wurden die Schutzkleidung und Ausrüstungsgegenstände der Feuerwehr und ihre Verwendung im Einsatz vorgestellt. Mit der zweiten Unterrichtseinheit wurde gemäß des Vierjahresplans der Feuerwehr das Wissen über Feuer erhöht. Hierzu zählte

- Unterscheidung von brennbaren und nicht-brennbaren Stoffen;
- Voraussetzungen für die Entstehung eines Feuers (das Verbrennungsdreieck);
- verschiedene Löschmittel und Methoden zur Brandbekämpfung.

Unterrichtseinheiten der AOK:

Die AOK führte neben dem oben erwähnten Elternabend, an dem sie die Eltern über die Inhalte der Kinderrückenschule und dem praktischen Angebot zur gesunden Ernährung informierte, eine dreistündige Unterrichtseinheit zur gesunden Ernährung mit den Kindern und einen dreistündigen Kochabend für die Eltern beider Schulen durch. Hinzu kam an beiden Schulen je eine 75-minütige Unterrichtseinheit, die die Entstehung des Hungergefühls und den Verdauungsvorgang zum Inhalt hatte.

Im Rahmen der Kinderrückenschule wurden von einem Sportpädagogen der AOK im Sportunterricht ausgewählte Inhalte des Programms „*Felix Fit*“⁸²³ durchgeführt.

Unterrichtseinheiten der AVU:

Orientiert an dem Arbeitsbuch „*Glühbert, Wolfram und Turbine entdecken das Geheimnis der Elektrizität*“⁸²⁴ fanden zwei Unterrichtseinheiten der AVU zum Thema

⁸²² Aus dem Informationsmaterial der Polizei zum Gewaltpräventionsprogramm „*Mut tut gut*“.

⁸²³ AOK Westfalen-Lippe & Weserberglandklinik Höxter (Hrsg.): AOK-Kinderrückenschule: Mach mit bei Felix Fit. Halver: Wilhelm Bell 1995.

„Strom“ statt. Der Stromkreis, der Schalter, die Reihen- und Parallelschaltung, der Unterschied von Leiter und Nicht-Leiter wurden anhand eines Strom-Modellbauhauses erarbeitet. Des Weiteren wurden Themen wie der Weg des Stroms, der sparsame Einsatz von Energie und mögliche Gefahren im Umgang mit Strom angesprochen.

Mit der zweiten Doppelstunde wurden die bereits im 1. Schuljahr vermittelten Inhalte zum Thema „Energie“ wiederholt und speziell die Gefahren, die im Umgang mit Strom entstehen können, in einem Mit-Mach-,Denk- und Spiel-Theater vertieft.

9.3.4 Unterrichtseinheiten im 4. Schuljahr

Im Laufe des 4. Schuljahres wurden insgesamt neun Veranstaltungen im Umfang von ein bis zwei Doppelstunden durchgeführt. Seitens der AOK wurde zudem ein Elternabend angeboten, bei dem die Eltern über die Inhalte der Ernährungsberatung und der Kinderrückenschule informiert wurden. Die Veranstaltung der AVU zum Thema „Gas“ konnte aus zeitlichen Gründen nicht realisiert werden.

Unterrichtseinheiten der Polizei:

Nachdem bei dem im 3. Schuljahr durchgeführten Gewaltpräventionsprogramm deutlich geworden war, dass viele Kinder den Gewaltbegriff häufig auf körperliche Gewalt reduzieren, erweiterte die Polizei im 4. Schuljahr die Unterrichtseinheiten zur Gewaltprävention um den Bereich „Gewalt gegen Sachen“ (u.a. Diebstahl, Sachbeschädigung). Wie schon zur Gewalt gegen Personen wurden im Unterricht zunächst die Vorstellungen der Schüler gesammelt, diese zu einer (erweiterten) Gewaltdefinition zusammengefasst, bevor dann Alltagssituationen in Rollenspielen nachgestellt und abschließend reflektiert wurden. Ziel war es, die Schüler zur kritischen Beobachtung des eigenen (Gewalt-)Verhaltens anzuleiten und Diebstahl und Sachbeschädigung als weitere Formen von Gewalt auszulegen.

Auf Grund der im 4. Schuljahr lehrplanmäßig in allen Klassen stattfindenden, polizeilich begleiteten Radfahrausbildung wurden in diesem Schuljahr keine zusätzlichen verkehrspädagogischen Maßnahmen innerhalb des Projektes angeboten. Die planmäßige Radfahrausbildung wurde in Versuchs- und Kontrollgruppe einheitlich durchgeführt.

Unterrichtseinheiten der Feuerwehr:

Die Feuerwehr führte im 4. Schuljahr zwei Veranstaltungen zu den Grundlagen des Brandschutzes durch.

Die folgenden Inhalte wurden dabei bearbeitet:

- Anlagen des vorbeugenden Brandschutzes (in der Schule, im Elternhaus, im öffentlichen Bereich);
- Aufgaben der Feuerwehr;
- Zusammenfassung und Wiederholung der Gesamtreihe.

⁸²⁴ Verband der Elektrizitätswirtschaft (Hrsg.): Glühbert, Wolfram und Turbine entdecken das Geheimnis der Elektrizität. Frankfurt a.M.: VWEW 2004.

Unterrichtseinheiten der VER:

Die Unterrichtseinheit der VER im 4. Schuljahr vertiefte die im 2. Schuljahr behandelten Inhalte zur Sicherheit bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und erweiterte diese Inhalte um die Vermittlung von alltagspraktischen Kompetenzen bei der Busnutzung, z.B. Lesen der Aushängefahrpläne.

Unterrichtseinheiten der AOK:

Im Rahmen der Ernährungsberatung führte die AOK wie bereits in den vorhergehenden Jahren zunächst vorbereitend einen Elternabend durch. Daran anknüpfend gab es vier gemeinsam mit Eltern und Kindern durchgeführte Kochvormittage (jeweils zwei halbe Klassen an beiden Versuchsschulen), an denen in einer angemieteten Lehrküche gemeinsam gekocht und die Grundlagen einer gesunden Ernährungsweise besprochen wurden. In einer weiteren Unterrichtsstunde im Klassenraum wurden die wesentlichen theoretischen Inhalte gesunder Ernährung mit den Kindern nochmals festgehalten.

In Verbindung mit dem Konflikttraining der Polizei wurden die Schüler in das „Autogene Training für Kinder“ eingeführt. Bei dieser das Gesamtprojekt abschließenden Unterrichtseinheit lernten die Kinder ausgehend von Übungen zur Körperwahrnehmung und Phantasiereisen die Techniken der Selbstentspannung (Atemkontrolle, Entspannungsformel) kennen und anwenden.

Die Tabelle 9.1 liefert einen Überblick über die im Laufe des Grundschulzeitraums durchgeführten Unterrichtsbeiträge der verschiedenen Projektpartner.

Tabelle 9.1: Durchgeführte Unterrichtseinheiten im Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

	Polizei	AOK	Feuerwehr	AVU	VER
1. Schuljahr	Verkehrserziehung	Schulranzen-TÜV, Ernährung, Elternabend	Grundlagen des Brandschutzes	Wasser	-
2. Schuljahr	Verkehrserziehung, Diebstahlprävention	Kochpraxis und Ernährungswissen (Eltern und Schüler)	Sicherer Umgang mit Zündmitteln	-	Bus-Schule I
3. Schuljahr	Gewaltprävention	Rückenschule, Kochpraxis und Ernährungswissen (Eltern und Schüler), Elternabend	Wissen über Feuer, Gefahren des Feuers	Strom	-
4. Schuljahr	Gewaltprävention	Kochpraxis und Ernährungswissen (Eltern und Schüler), Autogenes Training	Vorbeugender Brandschutz, Wiederholung wesentlicher Inhalte	-	Bus-Schule II

9.4 Forschungsmethodik

9.4.1 Untersuchungsplan

Die Evaluationsstudie wurde als ein experimentelles Design mit einer Versuchs- und drei Kontrollgruppen konzipiert. Zur Versuchsgruppe gehörte je eine Klasse aus A-Stadt. In den beiden Versuchsklassen wurde das vollständige Unterrichtskonzept zur Gesundheits- und Sicherheitserziehung von der ersten bis zur vierten Klasse kontinuierlich durchgeführt. Zu den drei Kontrollgruppen gehörten vier Parallelklassen aus A-Stadt und sechs Parallelklassen aus B-Stadt. In den Kontrollklassen wurde der in den letzten Jahren übliche Schulunterricht durchgeführt.

Der Vergleich der Versuchsgruppen mit den Kontrollklassen der gleichen Schule aus sollte zeigen, ob der Unterricht in den Versuchsklassen einen Einfluss auf die Lernprozesse in den Parallelklassen hat. So hätten über Kontakte zwischen den Schülern, den Eltern und den Lehrern Informationen von den Versuchsklassen in die Kontrollklassen gelangen können. Das hätte gesundheits- und sicherheitsfördernde Aktivitäten in den Kontrollklassen und bei den dazugehörigen Eltern bewirken können. Um diesen möglichen Effekt zu kontrollieren, wurden zwei Schulen einer anderen Stadt einbezogen (Kontrollschulen in B-Stadt). Die insgesamt sechs ersten Klassen dieser beiden Schulen dienten als reine Kontrollgruppen, in denen der übliche Unterricht durchgeführt wurde.

Würde das neue Unterrichtskonzept die Gesundheit und die Sicherheit von Kindern in der Grundschule stärker fördern als der übliche Schulunterricht, müssten die Kinder aus den beiden Versuchsklassen (und im Idealfall auch deren Eltern) am Ende der 4. Klasse ein größeres Sicherheits- und Gesundheitsbewusstsein in den behandelten Themenfeldern aufweisen als die Kinder aus den Kontrollklassen.

Das Projekt umfasste einen Zeitraum von vier Schuljahren. Zusammen mit der Erhebung der Ausgangslage zu Beginn des 1. Schuljahres und den jeweils jährlichen Untersuchungen am Ende eines Schuljahres wurden zu insgesamt fünf verschiedenen Zeitpunkten Daten erhoben. In einigen Kontrollklassen wurden die Untersuchungsdaten nur in einem bzw. in zwei Jahren erfasst. Mit Ausnahme der Voruntersuchung zu Beginn des 1. Schuljahres fanden die jährlichen Erhebungen immer am Ende des Schuljahres statt.

Da auch die sich jährlich wiederholenden Untersuchungen einen positiven Effekt auf das Gesundheitsbewusstsein der Kinder und ihre Eltern haben konnten, wurde bei einigen Kontrollgruppen (Kontrollgruppen 2. und 3. Ordnung) die Anzahl der Untersuchungszeitpunkte reduziert (vgl. die geplante Stichprobe in Tabelle 9.2 und die realisierte Stichprobe in Tabelle 9.3).

Tabelle 9.2: Stichprobenplan

Mess-Zeitpunkte		Anfang 1. Schuljahr (09/02)	Ende 1. Schuljahr (06/03)	Ende 2. Schuljahr (06/04)	Ende 3. Schuljahr (06/05)	Ende 4. Schuljahr (06/06)
Schule (Ort)	Klasse					
Versuchsschule 1 (A-Stadt)	Versuchsklasse	X	X	X	X	X
	Kontrollklasse 1	X	X	X	X	X
	Kontrollklasse 2	X				X
Versuchsschule 2 (A-Stadt)	Versuchsklasse	X	X	X	X	X
	Kontrollklasse 1	X	X	X	X	X
	Kontrollklasse 2	X				X
Kontrollschule 1 (B-Stadt)	Kontrollklasse 1	X	X	X	X	X
	Kontrollklasse 2	X				X
	Kontrollklasse 3					X
Kontrollschule 2 (B-Stadt)	Kontrollklasse 1	X	X	X	X	X
	Kontrollklasse 2	X				X
	Kontrollklasse 3					X

9.4.2 Stichprobe

Die Gesamtstichprobe umfasste zum Einschulungszeitpunkt ca. 250 Schüler, wobei bei der ersten Untersuchung aus den unter 9.4.1 genannten Gründen nur zehn Klassen mit zusammen ca. 210 Schülern untersucht wurden (siehe Tabelle 9.3). In den weiteren Jahren war die Gesamtstichprobe gemäß dem Untersuchungsplan verringert worden. Am Ende des 4. Schuljahres wurde der Stichprobenumfang in Absprache mit den Schulen und der Projektleitung aus zeitlichen Gründen reduziert. Der Erkenntnisgewinn aus den Daten der zusätzlichen Kontrollklassengruppe 3 wurde als nur gering angesehen. Auch beim Körperkoordinationstest (KTK) wurden am Ende des 4. Schuljahres entgegen des ursprünglichen Stichprobenplans lediglich die Daten aus den beiden Versuchsklassen und aus den vier primären Kontrollklassen (je eine aus den vier Schulen) erhoben. Auf die Daten aus den Kontrollklassen 3 wurde verzichtet. Diese Reduzierung wurde vorgenommen, da in dem Projekt keine umfassenden psychomotorischen Maßnahmen eingesetzt wurden. Eine *einfache* Unterscheidung zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe wurde daher als ausreichend angesehen. Auf eine weitere Differenzierung zwischen den verschiedenen Kontrollklassen wurde unter Berücksichtigung des zusätzlichen Aufwands und der zur Verfügung stehenden personellen und zeitlichen Ressourcen verzichtet.

Die Anonymität von Schüler- und Elterndaten wurde bei allen Erhebungsschritten gewahrt. Der Längsschnittcharakter der Studie darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auf Grund von Wohnortswechseln und Nichtversetzung zu regelmäßigen Fluktuationen in der Stichprobe kam. Diese Fluktuationen nachzuverfolgen wäre nur

mit erheblichen organisatorischen Aufwand über ein Kodierungsverfahren möglich gewesen. Auf ein Kodierungsverfahren wurde verzichtet, da es uns als zu fehleranfällig schien, ein entsprechendes System mit Grundschulkindern umzusetzen. Aus diesem Grund können auch keine eindeutigen Beziehungen zwischen einzelnen Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten und -zeiträumen hergestellt werden können.

Für die Kontrollschule 2 kommt einschränkend noch hinzu, dass ein Teil der Eltern eine Beteiligung an der Untersuchung zu Beginn des 1. Schuljahres verweigerte, sodass die Kontrollgruppe an dieser Schule kleiner ausfiel. Insgesamt umfasst die vorliegende Längsschnittstudie den folgenden Datensatz (Tabelle 9.3).

Tabelle 9.3: Stichprobengröße

		Schuleingangs- untersuchung	Motoriktest (KTK)	Kinder- befragung	Eltern- fragebogen
1. Erhebung Beginn 1. Schuljahr Herbst 2002	untersuchte Klassen	10	10	10	10
	Datensatz- größe	193	206	202	176
	davon in den Versuchskl.	41	44	42	40
2. Erhebung Ende 1. Schuljahr Sommer 2003	untersuchte Klassen		6	6	10 ⁸²⁵
	Datensatz- größe		123	123	163
	davon in den Versuchskl.		43	46	39
3. Erhebung Ende 2. Schuljahr Sommer 2004	untersuchte Klassen		6	6	8 ⁸²⁶
	Datensatz- größe		131	120	133
	davon in den Versuchskl.		42	44	38
4. Erhebung Ende 3. Schuljahr Sommer 2005	untersuchte Klassen		6	6	8
	Datensatz- größe		124	124	118
	davon in den Versuchskl.		41	46	41
5. Erhebung Ende 4. Schuljahr Sommer 2006	untersuchte Klassen		6	10	10
	Datensatz- größe		128	188	175
	davon in den Versuchskl.		43	44	40

⁸²⁵ Der Elternfragebogen wurde in allen zehn beteiligten Klassen ausgeteilt, um ggf. einen geringen Rücklauf in den Kontrollklassen auffangen zu können.

⁸²⁶ Am Ende des 2. und 3. Schuljahres wurden die Elternfragebögen in jeweils acht Klassen ausgeteilt.

9.4.3 Untersuchungsinstrumente/Datenerhebung

Bei empirischen Arbeiten mit Kindern im Grundschulalter sind einige Aspekte zu bedenken, die, wenn sie nicht angemessen berücksichtigt werden, zusätzlich zu den bekannten Fehlerquellen empirischer Sozialforschung die Ergebnisse verzerren können. Im Vorfeld der Studie *„Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* wurden folgende Probleme identifiziert, die bei der Auswahl und der Konstruktion der Erhebungsinstrumente berücksichtigt wurden:

- Begrenzte Konzentrationsfähigkeit (siehe auch Kapitel 4.3.3):
Im Vergleich mit Erwachsenen können sich Grundschulkinder in einer Befragung weniger lange auf die zu bearbeitende Thematik konzentrieren. Daher ist zu erwarten, dass die Qualität der Antworten mit der Befragungsdauer abnimmt. Im Projekt *„Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* variierte die Länge der Befragung zwischen 15 Minuten (Beginn des 1. Schuljahres) und 30 Minuten (Ende des 4. Schuljahres). Eine kleine „Aufwärm“- und Kennenlernphase wurde dabei berücksichtigt, damit die Schüler mögliche Hemmungen gegenüber den ihnen unbekannten Interviewern ablegen konnten. Ein Vorteil des Paneldesigns lag darin, dass bei den jährlichen Befragungen zunehmend weniger Anweisungen und Erklärungen notwendig waren.
- Schrift-/Sprachbarrieren:
Schriftliche Befragungen scheiden im Grundschulalter nahezu vollständig aus, da schon das Lesen der Aufgabenstellung bei einigen Kindern sehr zeitintensiv sein kann, ohne dass davon ausgegangen werden kann, dass die Aufgabe tatsächlich verstanden wurde. Die gleichen Probleme ergeben sich beim Schreiben der Antworten, sodass entweder langsame Leser/Schreiber benachteiligt würden oder ein größeres Zeitbudget eingeplant werden müsste, wobei wie bereits zuvor erwähnt, die Konzentrationsausdauer als limitierender Faktor zu berücksichtigen wäre. Bei einer mündlichen Befragung sind der geringere Wortschatz von Kindern und evtl. unterschiedliche begriffliche Verknüpfungen zu bedenken.⁸²⁷ Dies gilt im besonderen Maße zwangsläufig für Kinder mit Migrationshintergrund, ist aber generell bei Kindern mit geringer Sprachkompetenz zu beachten. In keinem Fall dürfen Sprachbarrieren bei der Auswertung als Wissensdefizite gedeutet werden. So selbstverständlich diese Forderung klingt, so schwierig ist sie umzusetzen, zumindest solange weitgehend mit sprachlich vermittelten Erhebungsmethoden gearbeitet wird. Die Elternfragebögen vom Beginn des 1. Schuljahres bis zum Ende des 3. Schuljahres wurden in die türkische Sprache übersetzt, um sprachlichen Barrieren bei zumindest der zahlenmäßig größten Migrantengruppe zu verhindern. Bei der Abschlussbefragung wurde darauf verzichtet, da am Ende des 3. Schuljahres nur noch einzelne türkische Eltern dieses Angebot genutzt hatten. Die Kinder wurden gebeten, ihren Eltern bei möglichen Sprachproblemen zu übersetzen.
- Eventuell stärkere Auswirkung sozialer Erwünschtheit:
Auf Grund der im Alltag zumeist asymmetrischen Gesprächssituationen zwischen Kindern und Erwachsenen im Allgemeinen, speziell aber im schulischen Kontext, ist möglicherweise noch ein höheres Maß an sozialer Erwünschtheit

⁸²⁷ vgl. Sodian: Entwicklung begrifflichen Wissens. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S: 443-468.

einzukalkulieren, als es ohnehin schon bei face-to-face- Befragungen zu erwarten ist. Des Weiteren können bei Einstellungsfragen Kinder stärker noch als Erwachsene dazu neigen, objektiv „richtige“ Antworten geben zu wollen. Vermutlich wird diese Tendenz durch eine Befragung im schulischen Kontext noch verstärkt. Ebenso können aber auch Desinteresse und geringe Motivation Antworten (bzw. generell Leistungen) auf einem geringeren Niveau als dem möglichen hervorbringen.

Diese Schwierigkeiten haben sich letztlich auch bei der tatsächlichen Befragung als problematisch erwiesen, wobei versucht wurde, mit einer non-direktiven Gesprächsführung seitens des Interviewers die sozialen Verzerrungen weitestgehend zu reduzieren und Sprachbarrieren durch Nachfragen zu überwinden. Auch Lohaus/Ball (2006) benennen u.a. diese Punkte und verknüpfen sie mit der Forderung: „[Die] Datenerhebungsmethode muss daher den Fähigkeiten des Kindes entsprechen und auch die Datenerhebungssituation ist so zu gestalten, dass dem Kind optimale Bedingungen geboten werden (z.B. durch eine Aufwärmphase vor Beginn einer Befragung, um dem Kind die Möglichkeit zu geben, sich an eine fremde Umgebung oder einen fremden Untersucher zu gewöhnen).“⁸²⁸ Die Autoren empfehlen reine Befragungen - im wahrsten Sinne des Wortes - zu meiden, und stattdessen die Erhebung mit kindgerechten Materialien, Bildern mit Aufforderungscharakter oder handlungsorientiert, etwa mittels einer Rollenspiel- oder Puppenspieltechnik, anzureichern.⁸²⁹

Heinrichs (u.a.)⁸³⁰ nennen als weitere Probleme in der Präventionsforschung:

- Die Schwierigkeit, den Zeitpunkt eines erwarteten Effektes zu bestimmen. Dabei ist es sowohl denkbar, dass sich kurzfristige Unterschiede zwischen Präventions- und Kontrollgruppe ergeben, die sich mittelfristig wieder abschwächen, wie auch, dass sich erst langfristig ein Effekt der Interventionsmaßnahmen erkennen lässt.
- Das Problem des Drop-outs. Betrifft bei der vorliegenden Längsschnittstudie v.a. die Sitzbleiber und Schulwechsler, ebenso wie Schüler, die an den im Projekt durchgeführten Unterrichtseinheiten, z.B. aus Krankheitsgründen, nicht teilnehmen konnten.
- Das Problem der Erfolgsmaße. Anhand welcher Kriterien und mit welchen Methoden lässt sich der Erfolg der Interventionsmaßnahmen feststellen?

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass in den Kontrollgruppen im Rahmen des herkömmlichen Unterrichts ebenfalls gesundheitserzieherische Inhalte vermittelt wurden. Dabei konnten diese eventuell sogar zeitlich unmittelbar vor dem jährlichen Erhebungszeitpunkt liegen, während die entsprechenden Veranstaltungen des außerschulischen Projektpartners bereits einige Monate zurückliegen konnten.

Auf Grund der vorhergehenden Überlegungen wurden zur Datenerhebung vier unabhängige Untersuchungsinstrumente eingesetzt:

- 1) Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung. Diese hatte zum Ziel, Informationen über den allgemeinen Gesundheitszustand und dem Entwicklungsstand der Kinder zu Beginn der Evaluationsstudie zu erhalten.

⁸²⁸ Lohaus/Ball: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 160.

⁸²⁹ vgl. „ebd.“ S. 164ff.

⁸³⁰ Heinrichs (u.a.): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, S. 174.

- 2) Die Durchführung des Körperkoordinationstests (KTK) nach Kiphard/Schilling. Mit dem KTK sollte die Entwicklung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit der Schüler erfasst werden.
- 3) Eine Kinderbefragung sollte Informationen über das kindliche Sicherheits- und Gesundheitsbewusstsein liefern. Darüber hinaus sollte sie die zentralen sicherheits- und gesundheitsrelevanten Sichtweisen der Kinder aufdecken. In der Einstellungsforschung wird zwischen
 - einer Bewertungsdimension,
 - einer kognitiven Wissensdimension und
 - einer intentionalen Handlungsbereitschaftsdimensionunterschieden.⁸³¹ Diese verschiedenen Aspekte waren bei der Datenerhebung und Auswertung der Kinderbefragung zu berücksichtigen.
- 4) Eine Elternbefragung sollte Informationen über die kindliche Biographie, über die Familiensituation und die in der Familie dominierenden Einstellungen gegenüber Sicherheits- und Gesundheitsfragen liefern.

Die für die jeweiligen Befragungen entwickelten Erhebungsinstrumente zur Kinderbefragungen (als Protokollbögen) und die Elternfragebögen befinden sich im Anhang zu dieser Arbeit. Im Weiteren werden die vier Datenquellen vorgestellt.

9.4.3.1 Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung ist für alle Kinder, die im jeweils kommenden Schuljahr eingeschult werden sollen, verpflichtend. Hierunter zählten für den Projektzeitraum alle Kinder, die bis zum 30.06.01 sechs Jahre oder älter waren und damit altersbedingt als regulär schulfähig galten. Zudem aber auch solche Kinder, die erst nach dem 30.06.01 des Jahres das sechste Lebensjahr erreichten, deren Eltern sie aber schon als schulfähig ansahen.

Zur Beurteilung der Schulfähigkeit wird durch das zuständige Gesundheitsamt die körperliche und geistige Entwicklung ermittelt. Bei der Schuleingangsuntersuchung werden die Kinder hinsichtlich der/des

- Sehfähigkeit (Sehschärfe und Farbsinn),
- Hörvermögens,
- Grob- und Feinmotorik,
- Visuomotorik,
- Sprach- und Sprechfähigkeit,
- sowie ihrer geistigen und psycho-sozialen Entwicklung

beurteilt. Gegebenenfalls empfiehlt der untersuchende Arzt eine Zurückstellung des Kindes vom Schulbesuch. Die endgültige Beurteilung über die Aufnahme in die Anfangsklasse oder eine Zurückstellung trifft jedoch der Schulleiter in Absprache mit den Eltern.

Datenerhebung

Die für unsere Stichprobe vorliegenden 193 Schuleingangsuntersuchungen wurden von acht verschiedenen Amtsärzten für das Gesundheitsamt des EN-Kreises und einer weiteren Amtsärztin im Auftrag des Gesundheitsamts Duisburg vorgenommen. An der Untersuchung der Kinder aus den einzelnen Schulklassen waren

⁸³¹ vgl. Diekmann: Empirische Sozialforschung, S. 182.

verschiedene Ärzte gleichermaßen beteiligt, sodass sich evtl. vorhandene, unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe einigermaßen zufällig auf die einzelnen Schulen verteilten.

Es konnten nur die Schuleingangsuntersuchungen der eingeschulten Kinder berücksichtigt werden konnten. Es lagen keine Informationen darüber vor, wie viele Kinder auf Grund der Schuleingangsuntersuchungen nicht eingeschult worden waren.

Es bleiben im Allgemeinen Zweifel, inwieweit die Schuleingangsuntersuchungen zur Beurteilung des kindlichen Entwicklungsstandes geeignet sind.

„Schulfähigkeit ist eben keine Eigenschaft eines Kindes, die eindeutig festgestellt werden kann, sie ist von vielfältigen Faktoren abhängig. Die Vorstellungen von Schulfähigkeit und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Schuleingangsdiagnostik haben sich stark gewandelt.“⁸³²

Auf Grund dieses veränderten Blicks von Schulfähigkeit und der damit einhergehenden Kritik an den traditionellen Schuleingangsuntersuchungen werden an einigen Schulen alternative, informelle Beurteilungsformen, z.B. das „Kieler Einschulungsverfahren“, durchgeführt. Bei der Auswertung der vorliegenden Schuleingangsuntersuchungen war es zudem etwas problematisch, dass die Dokumente von verschiedenen Ärzten auf unterschiedlichen Vordrucken und mit unterschiedlicher Sorgfalt und Genauigkeit ausgefüllt wurden. Da die Daten allerdings bereits vorlagen, sodass deren Erhebung keinen zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeutete, wurden sie trotz der aufgeführten Einwände berücksichtigt.

9.4.3.2 Körperkoordinationstest (KTK)

Der Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) zählt in Deutschland zu den bekanntesten, und vermutlich auch mit am häufigsten verwendeten, sportmotorische Testverfahren. Er wurde 1974 von den Sportwissenschaftlern Kiphard und Schilling entwickelt und zielt darauf ab, die Ganzkörperkontrolle und -koordination von Kindern zu erfassen. Der KTK wurde an allen fünf Erhebungszeitpunkten eingesetzt. In jedem Jahr musste jedes Kind innerhalb eines Stationslaufs die folgenden vier Übungen absolvieren:

⁸³² Kammermeyer: Schulfähigkeit. In: Christiani (Hrsg.): Schuleingangsphase neu gestalten, S. 54.

Balancieren rückwärts (vgl. Abbildung 9.2)

Die Schüler mussten rückwärts auf einem Balken balancieren, in dem sie einen Fuß dicht an den anderen setzten. Es gab drei verschiedene Balkenbreiten (6 cm; 4,5 cm; 3 cm); die Länge aller drei Balken betrug jeweils drei Meter. Es wurde mit dem breitesten Balken begonnen und jedes Kind hatte pro Balken jeweils drei Durchgänge. Gezählt wurde die Anzahl der zurückgelegten Schritte (max. bis zu 8 Schritte), ohne den Boden zu berühren. Diese Übung beansprucht primär die Koordination von Präzisionsaufgaben sowie das Einhalten des dynamischen Gleichgewichts.



Abbildung 9.2: Balancieren rückwärts

Monopedales Überhüpfen (vgl. Abbildung 9.3)

Beim Monopedalen Überhüpfen mussten die Kinder übereinander gestapelte Schaumstoffkissen (Dicke: 5 cm) auf einem Bein überspringen. Für jede Höhe hatte das Kind pro Bein jeweils drei Versuche, um die Höhe zu überqueren. Die Punktzahl wurde in Abhängigkeit von der übersprungenen Höhe und der Anzahl an benötigten Versuchen errechnet. Diese Station überprüft die Schnellkraft der Beinmuskulatur, das dynamische Gleichgewicht sowie die Koordination bei Präzisionsaufgaben.



Abbildung 9.3: Monopedales Überhüpfen

Seitliches Hin- und Herspringen (vgl. Abbildung 9.4)

Beim Seitlichen Hin- und Herspringen sollten die Kinder in zwei Durchgängen von jeweils 15 Sekunden Dauer, mit geschlossenen Beinen so oft wie möglich über eine schmale Holzleiste springen. Gezählt wurde die Anzahl der ausgeführten Sprünge in beiden Durchgängen. Die Station beansprucht neben der Koordination auch ist die Schnellkraftausdauer der Beinmuskulatur.



Abbildung 9.4: Seitliches Hin- und Herspringen

Seitliches Umsetzen (vgl. Abbildung 9.5)

Mit Hilfe von zwei Holzbrettern sollte das Kind, ohne mit den Füßen den Boden zu berühren, durch seitliches Umsetzen der beiden Holzbretter in eine Richtung eine Wegstrecke zurücklegen. Gewertet wurde die Anzahl der richtigen Umsetzungen in zwei Durchgängen von jeweils 20 Sekunden Dauer. Bei dieser Station wird die Koordination unter Zeitdruck, die Gewandtheit und Kraftausdauer sowie das Einhalten des Gleichgewichts gemessen.



Abbildung 9.5: Seitliches Umsetzen

Standardisierung

Der Test ist in mehrerer Hinsicht standardisiert: Anhand der erzielten Rohwerte wird alters- und geschlechtsspezifisch für jedes Kind ein Motorischer Quotient (MQ) errechnet, sodass die Vergleichbarkeit verschiedener Jahrgänge sowie von Jungen und Mädchen möglich ist.

Der KTK-Test geht von einer Normalverteilung der sportlichen Leistungsfähigkeit aus, wobei der Mittelwert auf den Wert 100 transformiert wurde und eine Standardabweichung 15 Punkte umfasst. Für die erwartete Verteilung ergibt sich daraus:

- Der Wert 100 bildet den Mittelpunkt der Verteilung, da kein Wert häufiger erreicht wird (Modalwert) und er genau der Mitte der Verteilung entspricht (Median).
- 68% aller Kinder liegen mit ihren MQ-Werten innerhalb einer Standardabweichung um den Mittelwert, d.h. in einem Bereich zwischen 85 und 115 Punkten.
- 95% aller Kinder liegen mit ihren MQ-Werten innerhalb von zwei Standardabweichungen um den Mittelwert, d.h. in einem Bereich zwischen 70 und 130 Punkten.

Anhand dieser Intervalle ergibt sich folgende Klassifikation (nach Kiphard/Schilling):

MQ Wert: 70 oder kleiner = motorisch gestört (2,5% des Stichprobenumfangs)

MQ Wert: 71 - 85 = motorisch auffällig (13,5%)

MQ Wert: 86 - 115 = motorisch normal (68%)

MQ Wert: 116 - 130 = motorisch gut (13,5%)

MQ Wert: 131 oder mehr = motorisch hoch (2,5%).

(In Klammern stehen die theoretisch zu erwartenden Stichprobenanteile.)

Datenerhebung

Der Körperkoordinationstest wurde im Rahmen eines Stationenlaufs gemäß den Vorgaben des Test-Manuals durchgeführt.⁸³³ In jeder Klasse herrschten prinzipiell die gleichen Rahmenbedingungen (vertraute Sporthalle, zwei Schulstunden Zeitumfang, Fachlehrer/in anwesend) vor. Eine Gruppe von 4-6 Studierenden führte den Test durch, wobei in der Regel jeweils jährlich eine Kerngruppe in allen Klassen für den gleichen Ablauf sorgen sollte. In den Übungspausen wurden die Kinder mit Malbildern oder Rätselaufgaben beschäftigt, damit die gerade nicht aktiven Kinder

⁸³³ Schilling: Körperkoordinationstest für Kinder KTK. Testmanual. Weinheim: Beltz 1974.

den Ablauf nicht stören oder die gerade aktiven Kinder beeinflussen würden. In der abschließenden Erhebung am Ende des 4. Schuljahres wurde diese Zeit für eine zusätzliche Befragung zum Freizeit- und Bewegungsverhalten genutzt. Auch dieses Vorgehen war in allen Klassen einheitlich.

Test-Bewertung

Im Handbuch für Motorische Tests (2001) wird der KTK „[...] *vor allem auf Grund des Testmanuals und der Normwerte [als] in der Praxis gut bewährt [und] als praktikabler und aussagekräftiger Test* [...]“ bezeichnet. Allerdings wird auch auf eine eingeschränkte Validität hingewiesen, da der Test „[...] *neben der Bewegungskoordination auch im erheblichen Maße konditionelle Faktoren erfaßt* [...]“.⁸³⁴ Für die Datenerhebung im Projekt „Gut drauf!“ war diese Einschränkung allerdings ohne Bedeutung, da die sportliche Leistungsfähigkeit der Kinder nicht ausschließlich auf die Körperkoordination reduziert wurde, sodass die konditionellen Anteile in den einzelnen Stationen die Aussagekraft der Ergebnisse nicht vermindern.

9.4.3.3 Kinderbefragung

Nach Limbourg, Flade und Schönharting entwickelt sich das Gefahrenbewusstsein in drei Stufen: Auf der ersten Stufe (ab dem fünften Lebensjahr) erkennen die Kinder gefährliche Situationen erst dann, wenn sie bereits akut gefährdet sind. Die Wahrnehmung und Umsetzung läuft in dieser Phase häufig noch zu langsam ab, um in einer Unfallsituation rechtzeitig reagieren zu können. Erst auf der zweiten Stufe (mit ca. acht Jahren) ist das Kind in der Lage, Gefahren vorauszusehen und abzuschätzen, durch welches Verhalten es in eine gefährliche Situation geraten kann. Ab neun Jahren (dritte Stufe) weiß das Kind dann auch vorbeugende Verhaltensweisen einzusetzen, um eine Gefährdung bewusst zu minimieren oder sogar ganz zu vermeiden.⁸³⁵

Auf Grundlage dieser Erkenntnis sollte mit Hilfe der Kinderbefragung der Entwicklungsstand im Sicherheits- und Gesundheitsbewusstsein der Schüler erfasst werden. Sie wurde von Studierenden der Universität Duisburg-Essen an den verschiedenen Schulen durchgeführt. Für jede befragte Klasse war eine vier- bis achtköpfige Studentengruppe zuständig. Die verschiedenen Gruppen waren vorher gemeinsam geschult worden (Dauer: ca. zwei Stunden), zusätzlich wurde ein Interview-Leitfaden mit den Erhebungsunterlagen ausgegeben.

⁸³⁴ Bös (u.a.): Motorische Verhaltenstests. In: Bös (Hrsg.): Handbuch motorische Tests, S. 176.

⁸³⁵ vgl. Limbourg/Flade/Schönharting: Mobilität im Kindes- und Jugendalter, S. 63.

Für alle Befragungen wurde in der Schule eine Räumlichkeit zur Verfügung gestellt, sie fanden parallel zum eigentlichen Unterricht statt. Die Erhebung erfolgte in Form einer Einzelbefragung anhand einer Bildermappe und mit Hilfe eines entsprechenden Protokollbogens (vgl. Abbildung 9.6). In der Regel dauert jedes mit den Schülern geführte Interview zwischen 15 und 30 Minuten. Der Einfluss des Interviewers sollte möglichst gering gehalten werden, dennoch galt es, das jeweils höchste Antwortniveau des Kindes herauszufinden.



Abbildung 9.6: Kinderbefragung

Die Interviewer wurden angewiesen für eine angenehme, non-direktive Gesprächsatmosphäre zu sorgen, um den Kindern die Scheu gegenüber dem Erwachsenen zu nehmen. Die Befragung sollte nicht sofort beginnen, ihr sollte zuvor eine kurze Aufwärmphase vorausgehen.

Nachdem den Kindern der Ablauf der Befragung erklärt worden war, bekamen diese zunächst verschiedene Bilder von Gefahrensituationen gezeigt. Auf einem Protokollbogen wurde zu jedem Bild notiert, ob das Kind

- die Gefahr auf dem Bild erkennt („Was macht das Kind auf dem Bild?“ / „Was kann passieren?“),
- die Ursachen der Gefahr benennen („Warum ist das gefährlich?“)
- und Präventivmaßnahmen beschreiben kann („Was könnte das Kind machen, damit nichts passiert?“).

An die Bildaufgaben schlossen sich dann weitere Fragen und Aufgaben zu den jeweiligen Unterrichtsbeiträgen des zurückliegenden Schuljahres an.

Im Laufe der fünf Erhebungszeitpunkte wurde das Instrument der Kinderbefragung fortwährend der kindlichen Entwicklung angepasst. Dies betraf den Umfang der Befragung, den „Schwierigkeitsgrad“ und die jeweiligen Inhalte. So beinhaltete die Untersuchung zu Beginn des 1. Schuljahres beispielsweise noch eine Vielzahl von Gefahrenquellen innerhalb der häuslichen Umgebung. Mit zunehmender Ausdehnung des kindlichen Lebensraums und steigender Teilnahme am Straßenverkehr wurde der Fokus auf außerhäusliche Gefahrenbereiche gelegt.

9.4.3.3.1 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung zu Beginn des 1. Schuljahres (2002)

Die verschiedenen Befragungen liefen nach dem oben vorgestellten Schema ab. Insgesamt wurden jedem Schüler 13 Bilder von Gefahrensituationen präsentiert. Die verschiedenen Bilder ließen sich den Themenfeldern

- Unfallgefahren in der Freizeit,
- Unfallgefahren im Straßenverkehr,
- Unfallgefahren im Haus und im Garten und
- Unfallgefahren in Zusammenhang mit Feuer

zuordnen. Weitere Fragen beschäftigten sich mit der kindlichen Gesundheit. Die hierbei gestellten Fragen behandelten die Ernährung und die Mundhygiene. Ein dritter Teil der Befragung befasste sich mit dem Freizeitverhalten und der Mediennutzung der Schüler.

9.4.3.3.2 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung am Ende des 1. Schuljahres (2003)

Analog zu der ersten Befragung wurden die Schüler anhand einer Bildermappe zu verschiedenen (Gefahren-)Situationen aus der kindlichen Lebenswelt befragt. Das Material umfasste 17 Bilder. Zusätzlich zu 15 Gefahrenbildern, die den Themenfeldern

- Unfallgefahren in der Freizeit,
- Unfallgefahren im Straßenverkehr,
- Unfallgefahren im Haus und im Garten und
- Unfallgefahren in Zusammenhang mit Feuer

zuzuordnen waren, kamen zwei Bilderaufgaben, die nicht mit dem oben aufgeführten Auswertungsverfahren ausgewertet wurden. Zu diesen beiden Bildern, je eins aus den Bereichen

- Kriminalitätsvorbeugung und
- Umwelterziehung,

wurden die Assoziationen der Kinder festgehalten. Die Antworten zu diesen Bildern wurden nicht quantitativ, d.h. mit einem Bewertungsschema versehen, sondern qualitativ ausgewertet. Die Aussagen der Kinder zu diesen Bildern wurden nominal kodiert und gesondert ausgewertet und dargestellt, sie blieben bei der Score- und Indexbildung unberücksichtigt.

Eine Besonderheit stellte ein Bild (vgl. Abbildung 9.7) dar, auf dem sich die abgebildeten Kinder offenbar situationsangemessen verhalten. Das heißt, es wird kein Verhalten gezeigt, aus dem unmittelbar eine Gefahrensituation entstehen kann. Dieses Bild wurde aus methodischen Gründen in die Untersuchung aufgenommen, um der Erwartung, dass in jedem Bild ein fehlerhaftes Verhalten gezeigt wird, entgegenzuwirken. Die Aussagen zu diesem Bild wurden nominal kodiert und sind in den Berechnungen zum Sicherheitsbewusstsein unberücksichtigt geblieben.



Abbildung 9.7: Motiv aus der Kinderbefragung

Wiederholungsbilder

Vier der 17 Bilder wurden bereits in der ersten Untersuchung verwendet, zwei davon aus dem Bereich „Unfälle im Haus“ und die beiden zu vergleichenden Bilder aus der Brandschutzerziehung. Diese Bilder sollten einen direkten Vergleich zwischen der ersten und zweiten Untersuchung und Aufschlüsse über die Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins ermöglichen. Um die Wirkung des „Schulranzen-TÜV's“ zu messen, wurde zudem das Gewicht der Schultaschen gewogen.

9.4.3.3.3 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung am Ende des 2. Schuljahres (2004)

Wie bereits in den beiden vorhergehenden Untersuchungen, so wurden auch in der Erhebung zum Ende des 2. Schuljahres anhand von 13 Bildaufgaben die verschiedenen Gefahrenbereiche dargestellt. Zusätzlich zu den

- Unfallgefahren in der Freizeit,
- Unfallgefahren im Straßenverkehr und
- Unfallgefahren im Haus und Garten

wurden erstmals auch Unfallgefahren bei der Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs mit mehreren Bildern und einigen Fragen behandelt.

Zu den Unfällen im Zusammenhang mit Feuer wurden fünf Bildaufgaben gestellt, wobei sich die Kinder jeweils zwischen zwei Handlungsalternativen entscheiden mussten. Einen weiteren Schwerpunkt bildeten Fragen zur vitaminreichen Ernährung, mit denen exemplarisch die Einheiten der Ernährungsberatung evaluiert wurden.

Zum Abschluss wurden die Kinder mit einer kleinen Bildgeschichte zum Thema „*Leihen - Schenken - Stehlen*“ aufgefordert, einige offene Fragen zu beantworten, anhand derer erfasst werden sollte, wie oft die Kinder bereits Opfer von Diebstahlsdelikten geworden waren, welche Gegenstände ihnen entwendet wurden, aus welchem Umfeld der vermutete Täter kam und wie sie, bzw. die Eltern der Kinder, auf den Diebstahl reagiert hatten.

Wiederholungsbilder

Wie schon in der vorhergehenden Erhebung waren vier Bilder mit der letzten Untersuchung identisch. Ein Bild aus dem Bereich „*Unfälle im Haus*“ war bereits das dritte Mal in der Bildermappe enthalten. Durch den Vergleich der Antworten zu den gleichen Bildern zu den verschiedenen Zeitpunkten bestand die Möglichkeit, Aussagen über die Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins zu treffen.

9.4.3.3.4 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung am Ende des 3. Schuljahres (2005)

In etwas geringerem Umfang als in den ersten beiden Jahren nahmen Bildaufgaben zu verschiedenen Gefahrensituationen weiterhin den Hauptteil der Befragung ein. Vor allem die Gefahrensituationen im Haus und in der Freizeit wurden zu Gunsten der Unfallgefahren bei der Nutzung von Fahrrädern und Inline-Skates im Straßenverkehr, bei der Busnutzung und zu Gunsten von Gefahren im Zusammenhang mit Strom reduziert. Insgesamt wurden zu diesen Themen neun Bildmotive gezeigt, sechs davon waren so genannte „Wiederholungsbilder“.

Daran anschließend knüpften einige Fragen zum Ernährungswissen und -verhalten an die Unterrichtseinheiten zur gesunden Ernährung an. Mit dem Vergleich von zweimal sechs Motiven zur Kinderrückenschule, die am Material „*Felix Fit*“ der AOK orientiert waren, wurde das Wissen der Schüler über rückenfreundliche Verhaltensweisen evaluiert. Zudem wurde die Langzeitwirkung des „*Schulranzen-TÜV's*“ erfasst, in dem das Gewicht der Schultaschen der Schüler erhoben wurde.

Weitere daran anschließende Themen behandelten das sichere Entzünden eines Streichholzes, brennbare bzw. nicht brennbare Stoffe sowie Gefahren im Umgang mit Strom. Zum Schluss der Befragung wurden die Inhalte des Konflikttrainings evaluiert. Hierbei sollten die Kinder auf zwei Bildimpulse mögliche Verhaltensweisen benennen. In diesem Zusammenhang wurde auch das Thema „*Schutzgelderpressung*“ angesprochen.

9.4.3.3.5 Das Erhebungsinstrument zur Kinderbefragung am Ende des 4. Schuljahres (2006)

Mit der abschließenden Befragung am Ende des 4. Schuljahres galt es zum einen die Unterrichtseinheiten des zurückliegenden Schuljahres, zum anderen den Gesamterfolg des Projektes zu evaluieren.

Um dem größeren Umfang gerecht zu werden und die Befragungsdauer der einzelnen Interviews nicht 30 Minuten überschreiten zu lassen, wurde bereits in den Pausen des Stationenlaufs im Körperkoordinationstest ein Kurzfragebogen zum Freizeit- und Bewegungsverhalten der Kinder ausgegeben, der außerdem sechs Bildaufgaben zum rückenfreundlichen Bewegungsverhalten beinhaltete.

Die Bildaufgaben in der Kernbefragung waren ein weiteres Mal reduziert worden; die insgesamt fünf Motive hatten die Themen „*Unfallgefahren bei der Busnutzung*“ „*Gefahren im Umgang mit Strom*“ (je zwei Bilder) und „*Unfälle im Haus*“ (ein Bild) zum Inhalt. Vier dieser Bildaufgaben waren zugleich Wiederholungsbilder aus den vorhergehenden Befragungen.

In weiteren offenen und geschlossenen Fragen wurden die Einheiten zur Bus-Schule der VER (fünf Fragen), das Entspannungstraining (zwei Fragen) und die Kochpraxis der AOK (sieben Fragen) evaluiert.

Weiterhin - zumindest teilweise mit Bildmaterial gestützt - waren insgesamt zehn Fragen zur Brandschutzerziehung, fünf Aufgaben zu Stromgefahren sowie die Evaluation der Einheiten zur Gewaltprävention von den Kindern zu beantworten.

Da der Schwerpunkt der Verkehrserziehung im 4. Schuljahr auf der Radfahrausbildung lag, und diese Ausbildung auch in den Kontrollklassen angeboten wurde, blieb in den Experimentalklassen nur noch die Bus-Schule als verkehrspädagogische Maßnahme übrig. Die Polizei führte keine weitere, zusätzliche Verkehrserziehungsmaßnahme durch. Aus diesem Grund enthielt die Kinderbefragung am Ende des 4. Schuljahres nur wenige Fragen zu diesem Thema. Anhand von fünf Verkehrszeichen wurde das Verkehrswissen der Schüler überprüft.

9.4.3.4 Elternbefragung

Mit Hilfe eines jährlichen Fragebogens wurden zu verschiedenen Themenfeldern Informationen über außerschulische Erfahrungen der Kinder und über erzieherische Maßnahmen, z.B. zur Unfallprävention, seitens der Eltern erhoben. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf Fragen, mit denen die für die Untersuchung relevanten

Einstellungen der Eltern erfasst wurden, um ergänzende Daten über die Lebenswelt der Schüler zu erhalten.

Der Elternfragebogen beinhaltete einerseits Fragen, die regelmäßig in jedem Jahr gestellt wurden, z.B. über das Unfallgeschehen in den zurückliegenden zwölf Monaten oder zur Mobilität des Kindes und andererseits Fragen, die von Jahr zu Jahr variierten und die Auswirkungen der Elternarbeit evaluierten.

Aus organisatorischen Gründen wurden die Elternfragebögen am Ende des 1., 2. und 3. Schuljahres jeweils erst zum neuen Schuljahr an die Eltern herausgegeben. Es wurde bei der Befragung am Ende des Schuljahres ein geringerer Rücklauf befürchtete, da Eltern, die den Fragebogen erst nach (mehrfacher) Erinnerung ausfüllten, über die Sommerferien nicht zu erreichen gewesen wären. Die Elternbefragung erfolgte demnach an den folgenden Zeitpunkten:

- Die Elternbefragung zum Projektstart wurde im September 2002 durchgeführt.
- Die Elternbefragung am Ende des 1. Schuljahres fand im September 2003 statt.
- Die Elternbefragung am Ende des 2. Schuljahres fand im September 2004 statt.
- Die Elternbefragung am Ende des 3. Schuljahres fand im September 2005 statt.
- Die Elternbefragung am Ende des 4. Schuljahres fand im Mai 2006 statt.

Die Ausgabe der Fragebögen erfolgte durch die Klassenlehrer. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Kindern in einem verschlossenen Umschlag an die Klassenlehrerin zurückgegeben. Die Universität Duisburg-Essen erhielt dann von der Schulleitung die ungeöffneten Umschläge. Eine Rückgabefrist wurde nicht gesetzt. Durch das Engagement der Lehrerinnen konnte zu allen Befragungszeitpunkten ein hoher Rücklauf (zwischen 65% und 85%) erreicht werden.

Die Tabelle 9.3 gibt einen Überblick über die genaue Stichprobengröße und den jeweiligen Anteil der Eltern von Kindern aus der Versuchsgruppe. Zu allen fünf Befragungszeitpunkten wurde der überwiegende Teil der Fragebögen ausschließlich von den Müttern der Kinder ausgefüllt (zwischen 61% und 75%); der Anteil der Fragebögen, die ausschließlich von dem Vater ausgefüllt wurden, lag zwischen 5% und 15%. Kontinuierlich zurück ging der Anteil der Fragebögen, bei denen beide Elternteile gemeinsam die Fragen beantwortet hatten, waren dies zu Beginn des 1. Schuljahres noch 32% der Fragebögen, lag der Wert am Ende des 4. Schuljahres nur noch bei 15%.

9.4.3.5 Prozessproduzierte Daten⁸³⁶

Prozessproduzierte Daten aus dem Kontext der beteiligten Schulen lagen nur im Rahmen der Verkehrsunfallstatistiken vor, diese Daten lassen aber kaum einen Schluss auf die Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen im Projekt zu, da

- Verkehrsunfälle seltene Ereignisse sind;
- Kinder aktiv als Verursacher wie auch passiv, d.h. als Opfer des Fehlverhaltens anderer Verkehrsteilnehmer, eingehen;

⁸³⁶ Diekmann bezeichnet Daten, die „im Verlauf sozialer Prozesse `selbst`, ohne Eingriff von Forschern, produziert wurden“ als „prozessproduzierte Daten“. Diekmann: Empirische Sozialforschung, S. 541.

- und die Versuchsgruppe nur einen geringen Anteil an der Grundgesamtheit aller Kinder (bis 14 Jahren) auf dem Gebiet der Kreispolizeibehörde einnimmt.

Innerhalb Nordrhein-Westfalens gehört der Ennepe-Ruhr-Kreis zu den Kreisen mit der geringsten Unfallhäufigkeit (je Einwohner). Während die Verunglücktenhäufigkeitskennziffer in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 bei 452 (Verunglückte pro 100.000 Einwohner) lag, betrug sie im EN-Kreis im gleichen Jahr nur 301. Dieses Verhältnis ist auch für die anderen Jahre gültig. Betrachtet werden im Folgenden die Verkehrsunfallzahlen aus den beiden Jahren vor Projektbeginn (2000 und 2001) und aus zwei Jahren nach Projektende (2005 und 2006).⁸³⁷

Vor Projektbeginn im Jahre 2001 registrierte die Kreispolizeibehörde (KPB) ca. 6.200 Unfälle, wobei insgesamt 922 Personen verletzt wurden, darunter zehn tödlich. Im Jahr 2006 (nach Projektabschluss) kam es zu 6.455 Unfällen, mit 609 verletzten und sieben getöteten Personen. Unter den Verkehrstoten dieser Jahre befand sich kein Kind oder Jugendlicher unter 15 Jahren.

Generell reduzierte sich die Verkehrsunfallbelastung auf dem Gebiet der KPB Schwelm innerhalb des betrachteten Zeitraums. Betrachtet man den Anteil der verunglückten Kinder im Zeitraum 2000/01, fällt auf, dass sowohl in absoluten Zahlen, wie auch in Relation zur Bevölkerungsgröße, die Gefährdung für die Kinder in A-Stadt in dem Zeitraum vor Projektbeginn größer war als in B-Stadt.

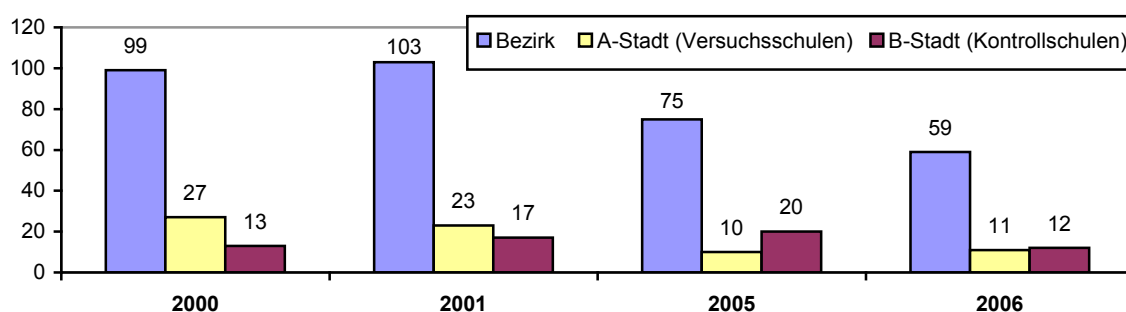


Abbildung 9.8: Anzahl, der im Straßenverkehr verunglückten Kinder (bis 14 Jahre) in den Jahren 2000, 2001, 2005 und 2006 (Angaben der KPB Schwelm).

Von annähernd jeweils 100 Kindern, die in den Jahren 2000 und 2001 im Bezirk an einem Verkehrsunfall beteiligt waren, kam ca. ein Viertel (27 und 23) aus A-Stadt, davon gingen vier Schüler auf die Versuchsschule 2. Die Zahl verunglückter Kind lag mit 13 (im Jahre 2000) und 17 (2001) in der, auf die Bevölkerung bezogen, annähernd doppelt so großen B-Stadt wesentlich niedriger (vgl. Abbildung 9.8). Setzt man die absoluten Zahlen in Verhältnis zur Einwohnerzahl (vgl. Abbildung 9.9), tritt der Unterschied zwischen den beiden an der Untersuchung beteiligten Städten deutlich hervor: Demnach bestand für die Kinder aus A-Stadt in diesen beiden

⁸³⁷ Kreispolizeibehörde Schwelm: Daten zur Kriminalitätsstatistik und zur Unfallentwicklung im Jahre 2001 im Bereich der KPB Schwelm; Kreispolizeibehörde Schwelm: Verkehrsunfallstatistik 2008, Quelle: www.polizei-nrw.de/ennepe-ruhr-kreis/stepone/data/downloads/31/00/00/vustat08.ppt (21.10.09)

Jahren eine wesentlich größere Gefährdung, in einen Verkehrsunfall verwickelt zu werden als für die Kinder in B-Stadt.

In den Jahren 2005 und 2006 sank die Zahl im Straßenverkehr verunglückter Kinder im Bezirk der KPB Schwelm ab, in A-Stadt halbierte sie sich sogar im Vergleich zu 2000/2001 (zusammen 50). Die größere Zahl der Kinder verunglückte nunmehr in B-Stadt (Höchstwert: 20 in 2005). Auch in Relation zu der Einwohnerzahl ging die Unfallbelastung der Kinder in A-Stadt deutlich zurück, wenngleich sie auch 2005 und 2006 weiterhin deutlich über den Durchschnittswert im Bezirk der KPB Schwelm lag.

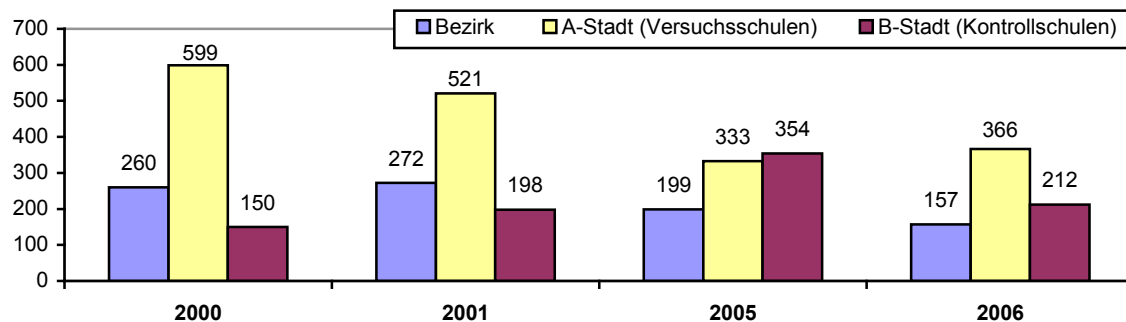


Abbildung 9.9: Anzahl, der im Straßenverkehr verunglückten Kinder (bis 14 Jahre) auf 100.000 Einwohner in den Jahren 2000, 2001, 2005 und 2006.

Die geringe Zahl an Verkehrsunfällen lässt, wie oben bereits erwähnt, keine Aussage über die Wirksamkeit der verkehrspädagogischen Unterrichtseinheiten zu. Verkehrsunfälle sind zu seltene Ereignisse, als dass sie sich bei kleinen Stichproben zur Wirksamkeitsmessung von Interventionsmaßnahmen eignen.

Neben der Verkehrsunfallstatistik lagen an prozessproduzierten Daten auch noch interne und unveröffentlichte Zahlen der Polizei zur Kinderkriminalität in der Region vor (vgl. Kapitel 5.3.4.2.3).

9.5 Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung dargestellt. Daran schließen sich nach einem Überblick über die Entwicklung des Sicherheits- und Gesundheitsbewusstseins im Laufe des vierjährigen Grundschulzeitraums die Ergebnisse aus Kinder- und Elternbefragung an. Eine nach Themen sortierte Ergebnisübersicht findet sich in der Zusammenfassung unter Punkt 9.6. Die Ergebnisse aus dem Körperkoordinationstest wurden im Kapitel 5.3.1 zur psychomotorischen Entwicklung im Kindesalter mit theoretischen Hintergründen und den Daten anderer Studien diskutiert. Da in dem Projekt „*Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe*“ keine Maßnahmen zur Steigerung der Psychomotorik durchgeführt wurden, wird auf die Darstellung der Ergebnisse an dieser Stelle verzichtet. In Kapitel 5 wurden bereits Ergebnisse zum Ernährungswissen und -verhalten, zu den Kinderunfällen und zu ihren Gewalterfahrungen dargestellt.

9.5.1 Schuleingangsuntersuchung

Schulfähigkeit

Die zentrale Aussage der Schuleingangsuntersuchung stellt die schulärztliche Empfehlung des Amtsarztes an die Schule und Eltern dar. Diese Empfehlung des Amtsarztes informiert die Eltern und die Schulleitung, ob das jeweilige Kind auf der Grundlage seines körperlichen und geistigen Entwicklungsstandes den Anforderungen des Schulbetriebs entsprechend entwickelt ist. Stellen die Ärzte größere Entwicklungsrückstände fest, können Sie von der Einschulung abraten, indem sie mehr oder weniger große Bedenken äußern, oder diese mit einer sonderpädagogischen Empfehlung verbinden. Hinsichtlich der vorliegenden Schuleingangsuntersuchungen zeigte sich, dass bei drei der vier Schulen ein Anteil von ca. 5% der Kinder (zwischen 3,7% und 6,8%) mit mehr oder weniger großen Bedenken eingeschult wurde (vgl. Abbildung 9.10). Dies entspricht ungefähr dem Wert, der 2001 für das Bundesland NRW ermittelt wurde.⁸³⁸

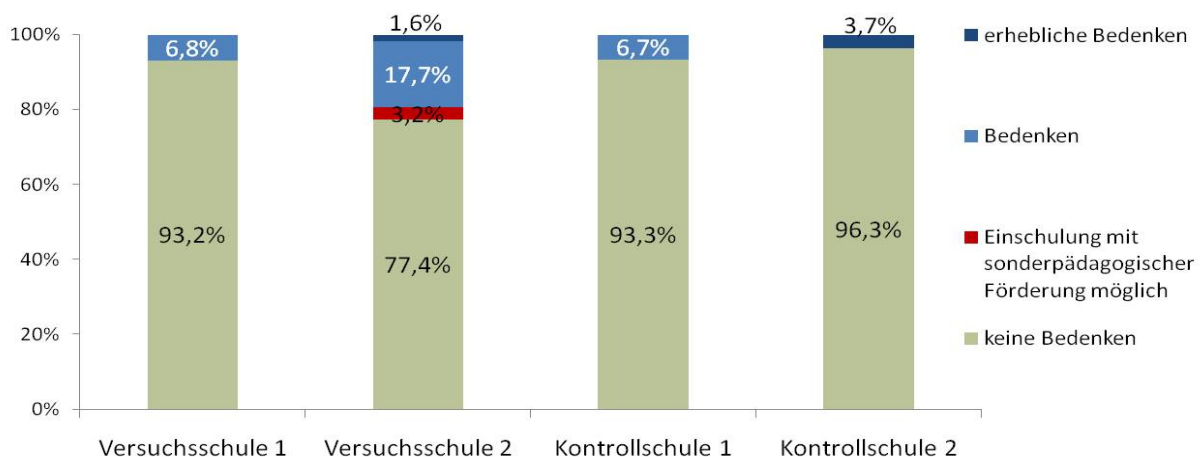


Abbildung 9.10: Schulärztliche Empfehlung (absolute Zahlen) für 193 Kinder aus den vier Untersuchungsschulen.

Auffällig war, dass bei einem erhöhten Anteil (23%) der Schüler von der Versuchsschule 2 von den zuständigen Amtsärzten Bedenken gegenüber einer Einschulung geäußert wurden. Zur Begründung für die geäußerten Bedenken wurden von den Ärzten in erster Linie Defizite in der Sprachfähigkeit angegeben.

Körperliche Entwicklung

Die Schulärzte beurteilten die Kinder hinsichtlich ihrer körperlichen Entwicklung und stellten fest, inwieweit Sportförderunterricht zur Kompensation vorhandener Defizite notwendig sei. Hierbei diagnostizierten die Amtsärzte bei jedem vierten Kind einen Bedarf an Sportfördermaßnahmen. In jeweils einem Drittel der Fälle wurden „Haltungsschwächen“ oder „Schwächen im harmonischen Bewegungsablauf“ festgestellt. Zu einem weiteren Drittel wurden zu gleichen Teilen „Koordinationsschwächen“ und „Adipositas/Übergewicht“ als Begründung für einen

⁸³⁸ vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW: Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse 2001, S.24f.

zusätzlichen Sportförderunterricht angegeben, wobei die verschiedenen Merkmale (Haltungs-, und Koordinationsschwächen, Schwächen im harmonischen Bewegungsablauf und Adipositas/Übergewicht) miteinander zusammenhängen und kombiniert zu beobachten waren.

Zwischen den Schulen zeigte sich ein signifikanter ($\alpha=0,05$; ANOVA) Unterschied der Kontrollschule 2 gegenüber den anderen drei Untersuchungsschulen. So betrug der Anteil der Kinder mit Sportförderbedarf an dieser Schule 48%, d.h. bei jedem zweiten Schüler wurde zusätzlicher Sportförderunterricht empfohlen (vgl. Abbildung 9.11).

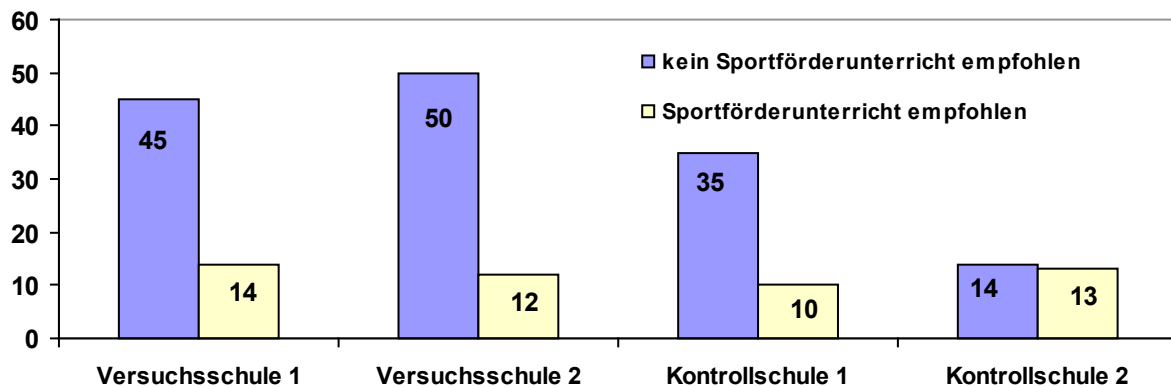


Abbildung 9.11: Hinweise zum Schulsport für 193 Kinder aus den vier Untersuchungsschulen (absolute Zahlen).

Im Schwellenkonzept des Essener Jugend- und Kindheitsforschers Schmidt treten an bestimmten „*Schwellen*“ in der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter - abhängig vom Herkunftsmilieu - sozial ungleiche Entwicklungs- und Unterstützungsimpulse zu Tage, die sich in verschiedener Weise auf die Gesundheit und die Entwicklung der Heranwachsenden auswirken. Hierzu zählen bereits pränatale Unterschiede und das Gesundheitsverhalten im Kleinkindalter, die sich bei den Schuleingangsuntersuchungen zu messbaren, körperlichen und sprachlich-kognitiven Defiziten aufzusummieren. Die Schuleingangsuntersuchungen bezeichnet Schmidt in seinem Konzept als die „4. Schwelle“, da Kinder aus sozial benachteiligten Milieus häufiger von Rückstellungen und dem damit verbundenen negativen Beginn der Schullaufbahn betroffen sind.⁸³⁹ Da jedoch keine Daten über die Anzahl der nicht eingeschulten Kinder vorliegen, kann für die vorliegende Stichprobe und zu dieser Einschätzung letztlich keine Aussage getroffen werden.

⁸³⁹ vgl. Schmidt: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, S. 47f.

Die neun Schwellen sind: 1. Unterschiedliches Gesundheitsverhalten in der pränatalen Phase, 2. Unterschiedliche Vorsorge, 3. Kindergartenbesuch, 4. Schuleingangsuntersuchungen, 5. Motorische Störungen, 6. Sprachliche Kompetenzen, 7. Gesundheitszustand, 8. Schulische Übergänge, 9. Schulabschlüsse.

9.5.2 Körperkoordinationstest (KTK)

Die Ergebnisse aus dem Körperkoordinationstest werden im Kapitel 5.3.1 zur psychomotorischen Entwicklung im Kindesalter gemeinsam mit den theoretischen Hintergründen und den Daten anderer Studien diskutiert.

9.5.3 Kinderbefragung

Ein Großteil des in den verschiedenen Kinderbefragungen generierten Datenmaterials lag in Form qualitativer Aussagen vor. Um diese miteinander in Beziehung setzen zu können, wurden die Antworten der Kinder mit einem Punktesystem versehen. Auf Grundlage dieses Punktesystems konnten zum einen die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungsgruppen (Schulen, Versuchs- und Kontrollgruppe, Geschlecht etc.) miteinander verglichen werden, zum anderen wurden dadurch auch Aussagen im Sinne des Längsschnittcharakters der Studie ermöglicht. Die Kriterien, nach denen das Punktesystem entwickelt wurde, werden im Weiteren an einigen Bildaufgaben aus der ersten Erhebung exemplarisch ausgeführt.

- Falsche und keine Antworten wurden gleichsam mit 0 Punkten bewertet. Bei unklaren Antworten wurde die Antwort zu Gunsten des Kindes bewertet.
- Das genaue Benennen einer Gefahr wurde höher bewertet als das bloße Erkennen einer Gefahr. Beispiel Abbildung 9.12:
Erkennen der Gefahr: „*Das ist gefährlich.*“ - 1 Punkt.
Benennen der Gefahr: „*Der Junge kann einen Stromschlag bekommen*“ - 2 Punkte.
- Erkannten Kinder in einem Bild eine andere Gefahr als die „erwartete“ Hauptgefahr, so wurde diese Antwort mit einem Punkt bewertet. Beispiel Abbildung 9.13:
Hauptgefahr: „*Das Kind kann erstickern.*“ - 2 Punkte.
Andere Gefahr: „*Das Kind sieht nichts mehr und stolpert.*“ - 1 Punkt.
- Eine inhaltlich hochwertigere Antwort sollte mit mehr Punkten bewertet werden als eine einfachere Antwort. Beispiel genannte Sicherheitsmaßnahmen zu Abbildung 9.14:
Einfachere Antwort: „*Das Kind muss sich festhalten.*“ - 1 Punkt.
Hochwertigere Antwort: „*Das Kind soll sich umdrehen und vorwärts heruntergehen.*“ - 2 Punkte.
- Das Benennen von Schutzkleidung, etwa bei Abbildung 9.15, wurde mit einem Extrapunkt bewertet.



Abbildung 9.12



Abbildung 9.13



Abbildung 9.14



Abbildung 9.15

Auf der Grundlage eines solchen Punktesystems wurden die Bildaufgaben der verschiedenen Kinderbefragungen ausgewertet. Die Erstellung des Punktesystems erfolgte inhaltsanalytisch anhand der in den Kinderantworten enthaltenen Kategorien.

Im Weiteren wird unter Punkt 9.5.3.1 zunächst die Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins über alle vier Grundschuljahre hinweg skizziert, daran anschließend werden dann unter 9.5.3.2 die Ergebnisse aller fünf Untersuchungen zu den verschiedenen Gefahrenbereichen und Themenfeldern der Unterrichtseinheiten dargestellt.

9.5.3.1 Ergebnisse zur Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins im Grundschulalter

Eine Schwierigkeit bei der Bestimmung der Entwicklung auf dem Gebiet des Sicherheitsbewusstseins bestand darin, dass sich die Erhebungsinstrumente an den jeweils in dem betreffenden Jahr eingesetzten Interventionsmaßnahmen orientierten und - da diese in der Regel jährlich zumindest im Detail andere Themen ansprachen - nur wenig Möglichkeiten für das wiederholte Abfragen der gleichen Inhalte boten. Ein weiterer Grund für die regelmäßige Veränderung des Erhebungsinstruments war die Anpassung an die Entwicklung der Kinder. So wurde in jedem Jahr der Schwierigkeitsgrad des Erhebungsinstruments angehoben. Auf der anderen Seite ist unabdingbar, dass nur anhand gleicher Inhalte eine Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins empirisch untersucht und ggf. diagnostiziert werden kann.

Dieses Problem wurde versucht dadurch zu lösen, dass zumindest teilweise Übereinstimmung zwischen zwei aufeinander folgenden Befragungen hergestellt wurde. Über eine (mathematische) Verkettung (siehe Abbildung 9.16) dieser identischen Bestandteile sollte ein Überblick über die Gesamtentwicklung ermöglicht werden. Auf Grundlage der an verschiedenen Erhebungszeitpunkten erhobenen Daten zu den jeweils gleichen Bildaufgaben sollte die Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins während der vier Grundschuljahre verfolgt werden.

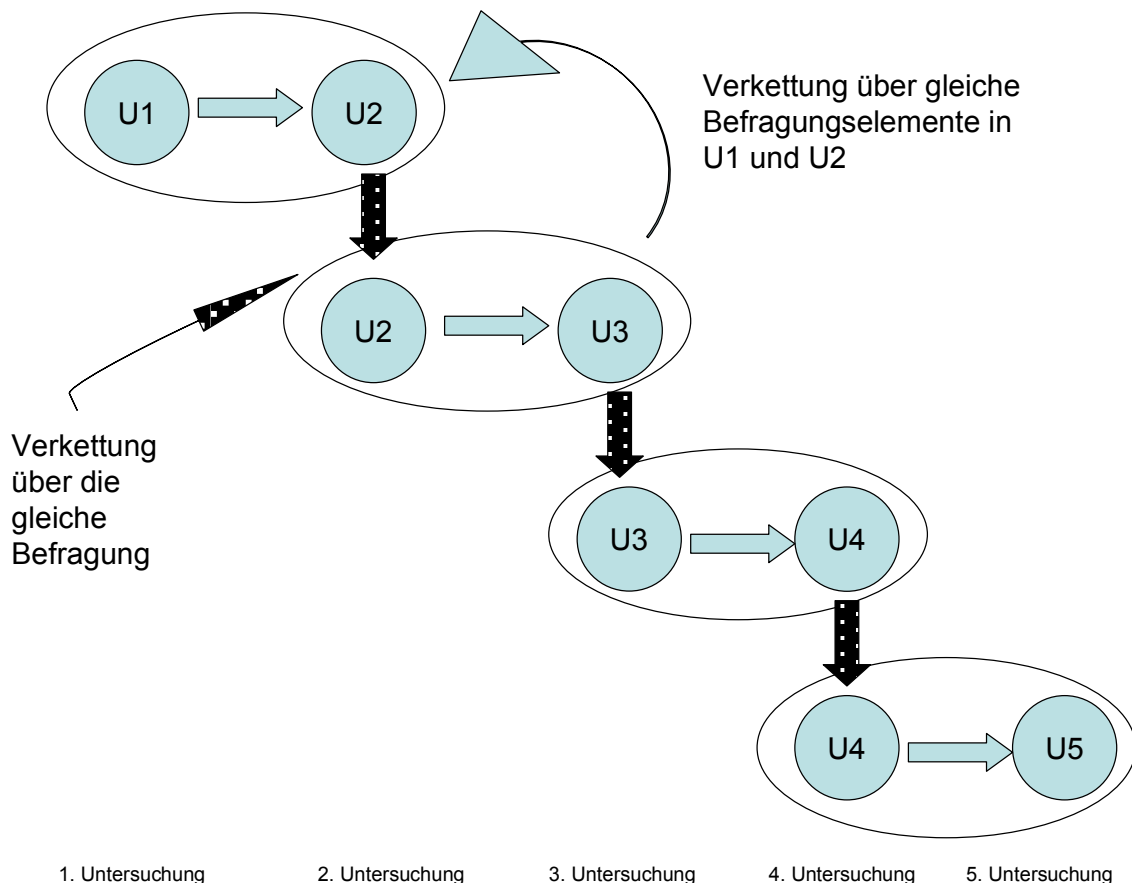


Abbildung 9.16: Vergleichbarkeit der Ergebnisse von der 1. Erhebung zu Beginn des 1. Schuljahres (U1) mit der 5. Untersuchung am Ende des 4. Schuljahres (U5) über die Verkettung von gleichen Befragungsinhalten und gleichen Befragungszeitpunkten.

Die bei zwei oder mehreren aufeinander folgenden Befragungen eingesetzten Bildmotive wurden als „Wiederholungsbilder“ bezeichnet und waren den folgenden Themenfeldern zuzuordnen.

Tabelle 9.4: Übersicht über die Wiederholungsbilder

2002 (U1) - 2003 (U2)	2003 (U2) - 2004 (U3)	2004 (U3) - 2005 (U4)	2005 (U4) - 2006 (U5)
- Unfälle im Haus (3 Bilder) - Brandschutz (1 Bildvergleich)	- Unfälle im Haus /in der Freizeit (4 Bilder) - Verkehr (1 Bild)	- Unfallgefahren mit Bussen (3 Bilder) - Verkehr (1 Bild) - Unfälle im Haus (1 Bild)	- Unfallgefahren mit Bussen (1 Bild) - Verkehr (1 Bild) - Unfälle im Haus (1 Bild)

Dabei wurden weitgehend solche Motive ausgewählt, zu deren Gegenstand im zurückliegenden Schuljahr keine Unterrichtseinheiten stattfanden, sodass ein Einfluss der Interventionsmaßnahmen auf das Ergebnis möglichst ausgeschlossen werden konnte. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Umrechnungskoeffizienten

wurden auf Grundlage der Wiederholungsbilder die Ergebnisse aus den verschiedenen Erhebungen miteinander in Beziehung gesetzt.

Exemplarisch wird dieses Vorgehen an den Daten vom Beginn und vom Ende des 1. Schuljahres verdeutlicht: Betrachtet man die Aussagen zu denjenigen Bildern, die sowohl in der ersten wie auch in der zweiten Erhebung verwendet wurden, zeigt sich, dass eine positive Entwicklung in der Gefahrenkognition stattgefunden hatte: Wurden in der ersten Untersuchung bei diesen Bildaufgaben durchschnittlich 60% der Punkte erzielt, so erreichte die Stichprobe zu den gleichen Bildern in der zweiten Untersuchung 64,8%, ein Unterschied, der auf einem Niveau von $\alpha=0,05$ ($T=2,56 > 1,98$) signifikant ist. An allen Schulen erzielten die Kinder im Jahre 2003 ein höheres Ergebnis als zum Einschulungszeitpunkt, der größte Anstieg war an der Kontrollschule 1 (+ 13,4%) zu beobachten. Dieser Zuwachs lässt sich am ehesten mit Entwicklungsprozessen im Laufe des 1. Schuljahres erklären und galt mit Ausnahme der Versuchsklassen für alle Teilstichproben (vgl. Abbildung 9.17).

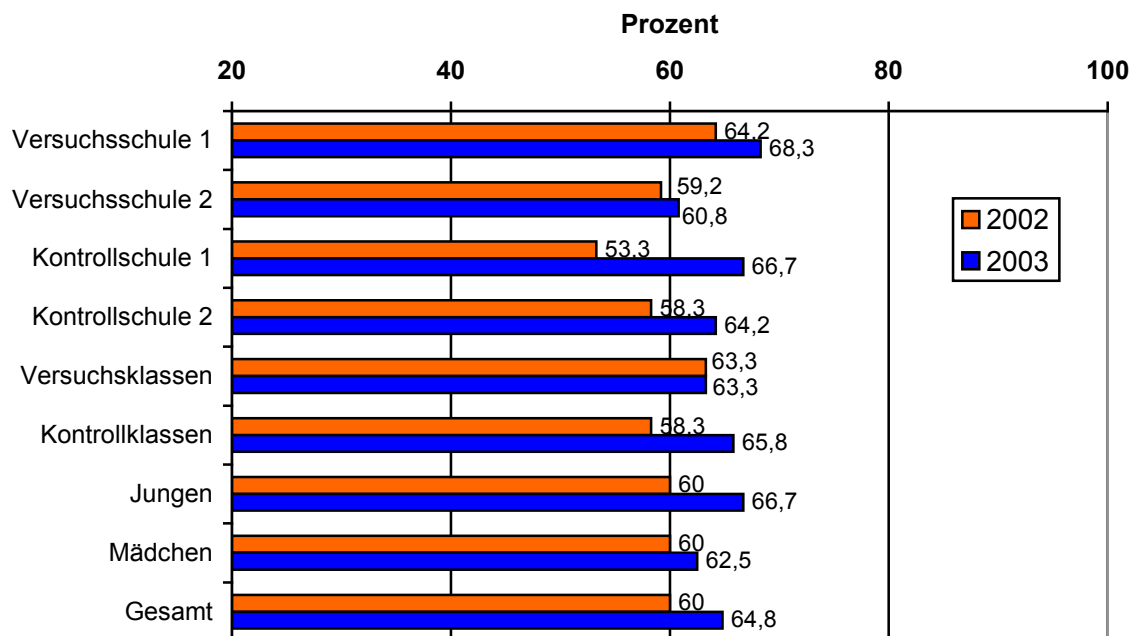


Abbildung 9.17: Punkteverteilung (in Prozent) auf Grundlage der vier Bildmotive, die sowohl in der 1. wie auch in der 2. Untersuchung verwendet wurden. Angaben für 116 Schüler (2002) bzw. 122 Schüler (2003) aus den vier Untersuchungsschulen.

(Das Verhältnis von 64,8% zu 60% beträgt 1,08. In Abbildung 9.17 und Tabelle 9.5 wurde dieses Verhältnis in den Werten 46,9% und 43,5% - in Relation zu den Werten vom Ende des 3. Schuljahres - übernommen. Diese Umrechnungen sind nötig, um die Daten aus verschiedenen Befragungen miteinander vergleichen und abbilden zu können.)

Anhand der Aussagen zu den Bildern, die in beiden Befragungen eingesetzt wurden, konnte auf ein erwartungsgemäß höheres Sicherheitsbewusstsein am Ende des 1. Schuljahres geschlossen werden. Auffällig war, dass einzig die Versuchsgruppe nicht

an dieser allgemeinen Weiterentwicklung partizipierte. In dieser Gruppe war allerdings das Ausgangsniveau im Jahr 2002 im Vergleich zur Kontrollgruppe bereits relativ hoch gewesen. Die Versuchsklassen (mit 71,6% der erreichbaren Punkte) hatten zu Beginn des 1. Schuljahres ein signifikant ($\alpha=0,05$) besseres Ergebnis erzielt als die Kontrollklassen (65,5%). Im Laufe des 1. Schuljahrs haben dann die Kontrollklassen den Rückstand aufgeholt. Auch Regressionseffekte könnten dazu beigetragen haben, dass die Schüler aus den Versuchsklassen diesen Vorsprung in der Erhebung am Ende des 1. Schuljahres nicht länger behaupten konnten.

Bezugspunkt für die folgenden Grafiken und Daten zur Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins im Laufe der Grundschulzeit bildete die Untersuchung vom Ende des 3. Schuljahres, da über die Wiederholungsbilder von diesem Zeitpunkt aus, die Untersuchungen von 2004 und 2006 direkt verglichen werden konnten und nur zu den ersten beiden Jahren Umrechnungskoeffizienten berechnet werden mussten. Zudem deutete sich am Ende des 3. Schuljahres bereits an, dass die Methode mit den Bildaufgaben alters- und entwicklungsbedingt an eine Grenze stieß, da die auf den Bildern gezeigten Gefahrenmotive von den Kindern auf hohem Niveau beantwortet werden konnten. An die Stelle von Wahrnehmungsfehlern und Wissensdefiziten traten teilweise Motivationsprobleme bei zu leichten Aufgabenstellungen. Wegen der Vergleichbarkeit mit den bisherigen Untersuchungen wurden jedoch auch in der Abschlussuntersuchung, allerdings in geringerem Umfang, Teile der Befragung mit Bildaufgaben erfasst.

Wie in Abbildung 9.18 zu erkennen ist, stieg das Sicherheitsbewusstsein der Kinder im Laufe der ersten beiden Schuljahre nur geringfügig an, ehe am Ende des 3. Schuljahres ein Entwicklungssprung beobachtet werden konnte. Bei den gleichen Bildaufgaben erzielten die Kinder im Sommer 2005 nahezu ein Drittel mehr Punkte als bei der Befragung am Ende des 2. Schuljahres. Im Durchschnitt konnten sie bei den Wiederholungsaufgaben nunmehr über 70% der Punkte erzielen (2004: ca. 52%). Im Verhältnis zu den ersten beiden Schuljahren war damit ein deutlicher Zuwachs erkennbar. Dieser Anstieg war im Laufe des 3. Schuljahres für alle Teilstichproben zu beobachten.

Mit der Abschlussbefragung am Ende des 4. Schuljahres konnte kein weiterer Zuwachs beobachtet werden, es bestätigten sich zwar die hohen Ergebnisse des Vorjahres, es zeigten sich dennoch weiterhin bei vielen Kindern Schwächen in der Benennung von Präventionsmaßnahmen. Allerdings ist bei der Interpretation der Daten auch die geringere Zahl an Wiederholungsbildern zu diesem Fragezeitpunkt zu berücksichtigen (vgl. Tabelle 9.4).

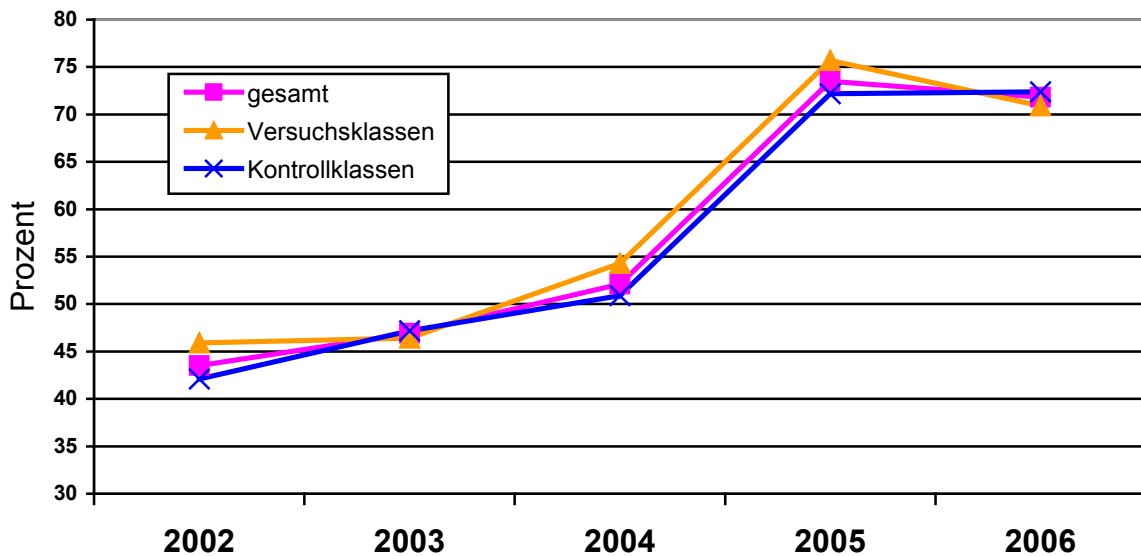


Abbildung 9.18: Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins gemessen an den Wiederholungsbildern. Den Bezugsrahmen der Prozentzahlen bilden die Werte von 2005 (max. = 39 Punkte). Alle anderen Werte wurden umgerechnet. Angaben für 116 (2002), 122 (2003), 120 (2004), 124 (2005), und 116 (2006) Kinder aus den vier untersuchten Schulen. Kontrollklassen, die nur zum 1. (2002) und 5. (2006) Erhebungszeitpunkt befragt wurden, blieben unberücksichtigt.

In der folgenden Tabelle sind die der obigen Abbildung zu Grunde liegenden Daten für die wesentlichen Teilstichproben zusammengefasst. Diese Gewichtung der Daten wurde notwendig, um die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen miteinander in Beziehung setzen zu können. Die Daten der Erhebungen von 2004, 2005 und 2006 konnten direkt miteinander verglichen werden. Angegeben ist in beiden Fällen der Prozentsatz der jeweils erreichten Punkte, Bezugspunkt sind die Wiederholungsbilder vom Ende des 3. Schuljahres (2005). Hierbei konnten maximal 39 Punkte erreicht werden.

Tabelle 9.5: Umrechnung der Daten anhand der Ergebnisse zu den jeweils verwendeten Wiederholungsbildern

	2002	2003	2004	2005	2006
	Umrechnungsfaktoren				
	x1,84	x1,28			
		x1,28			
Gesamt	7,2 → 16,96 (43,5%)	14,29 → 18,29 (46,9%)	20,33 (52,1%)	28,67 (73,5%)	28 (71,8%)
Versuchsschule 1	7,73 → 18,21 (46,7%)	14,05 → 17,98 (46,1%)	20,21 (51,8%)	29,64 (76%)	27,45 (70,4%)
Versuchsschule 2	7,11 → 16,75 (43%)	13,76 → 17,61 (45,2%)	20,27 (52%)	28,46 (73%)	27,32 (70,1%)
Kontrollschule 1	6,38 → 15,03 (38,5%)	14,71 → 18,83 (48,3%)	20 (51,3%)	27,05 (69,4%)	29,06 (74,5%)
Kontrollschule 2	7 → 16,49 (42,3%)	15,8 → 20,22 (51,9%)	21,5 (55,1%)	28,77 (73,8%)	30,02 (77%)
Versuchsgruppe	7,6 → 17,9 (45,9%)	14,15 → 18,11 (46,4%)	21,16 (54,3%)	29,54 (75,7%)	27,63 (70,9%)
Kontrollgruppe	6,97 → 16,42 (42,1%)	14,37 → 18,39 (47,2%)	19,84 (50,9%)	28,15 (72,2%)	28,22 (72,4%)
Jungen	7,22 → 17,01 (43,6%)	14,77 → 18,91 (48,5%)	20,74 (53,2%)	29,35 (75,7%)	27,14 (69,6%)
Mädchen	7,17 → 16,89 (43,3%)	13,78 → 17,64 (45,2%)	19,82 (50,8%)	28,15 (72,2%)	28,95 (74,2%)
mit deutscher Muttersprache	7,47 → 17,59 (45,1%)	14,95 → 19,14 (49,1%)	20,58 (52,8%)	29,04 (74,5%)	28,73 (73,7%)
mit nicht-deutscher Muttersprache	6,38 → 15,03 (38,5%)	12,17 → 15,58 (40%)	19,5 (50%)	27,64 (70,9%)	26,02 (66,7%)

9.5.3.2 Ergebnisse der einzelnen Erhebungszeiträume

9.5.3.2.1 Ergebnisse der Untersuchung zu Beginn des 1. Schuljahres (2002)

Die Datenerhebung am Einschulungszeitpunkt sollte die Ausgangslage im Sicherheits- und Gesundheitswissen der Kinder zum Projektstart erfassen. Zu diesem Zeitpunkt waren noch keine Unterrichtseinheiten seitens der außerschulischen Projektpartner durchgeführt worden. Daher galt es zunächst, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Vorerfahrungen und im Vorwissen der Kinder aus den verschiedenen Teilstichproben zu erheben.

Mit der ersten Untersuchung wurden im September 2002 202 Schüler aus zehn Klassen der vier am Projekt beteiligten Schulen mit einer Bildermappe und einem vier Seiten umfassenden Protokollbogen befragt. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 6,4 Jahre; 53,5% der befragten Schüler waren Jungen, 46,5% Mädchen. Etwa ein Viertel der Kinder (23%) hatten eine nicht-deutsche Muttersprache⁸⁴⁰. 42 Schüler

⁸⁴⁰ Es waren Kinder mit den folgenden Muttersprachen in der Stichprobe enthalten: türkisch (21x), russisch, jugoslawisch (und Nachfolgestaaten) (je 7x), albanisch, arabisch (je 3x), 2 Kinder stammten aus Sri Lanka, je eins aus Griechenland, Tunesien und Portugal. Diese Angaben gelten mit geringfügigen Änderungen auch für die folgenden Jahre.

der Stichprobe gingen in die Versuchsklassen, in denen in den folgenden vier Jahren die Unterrichtseinheiten zur Sicherheits- und Gesundheitserziehung durchgeführt wurden.

Ergebnis Bildaufgaben

Insgesamt konnten bei den 13 Bildaufgaben 62 Punkte erreicht werden. Durchschnittlich erzielten die Kinder 42 Punkte, dies entspricht einem Anteil von 67,8%. Die Standardabweichung lag bei 9 Punkten.

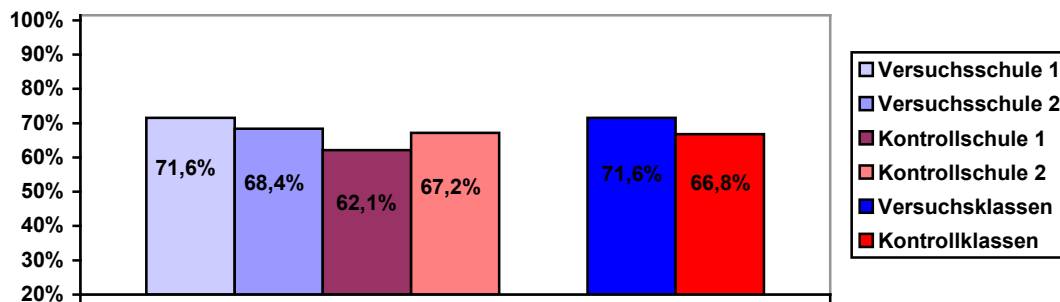


Abbildung 9.19: Gesamtergebnis (in Prozent) auf Grundlage von 13 Gefahrenbildern für 202 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Das höchste Ergebnis erzielten die Kinder der Versuchsschule 1 (44,4 Punkte - 71,6%; im Weiteren werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur noch die Prozentwerte angegeben; siehe auch Abbildung 9.19). Die Versuchsschule 2 (68,4%) und die Kontrollschule 2 (67,2%) lagen nahe bei dem Mittelwert der Gesamtverteilung, während die Kontrollschule 1 mit 62,1% demgegenüber etwas stärker abfiel. Die größten Unterschiede unter den Schülern einer Schule zeigten sich an der Kontrollschule 2 (sdw. 10,3), die geringsten an der Versuchsschule 1 (sdw. 7,4).

Signifikante Unterschiede ($\alpha=0,05$) ergaben sich:

- Zwischen der Versuchs- (71,6% der möglichen Punkte) und der Kontrollgruppe (66,8%; $T=2,3 > 1,96$). Dieses Ergebnis war aus empirischer Perspektive als ungünstig anzusehen, da sich positive Effekte der Interventionsmaßnahmen in den folgenden Jahren angesichts der ungleichen Ausgangslage von Versuchs- und Kontrollgruppe nur schwer nachweisen ließen. Als Konsequenz daraus ergab sich, dem Gesamtergebnis weniger Bedeutung beizumessen als den Teilergebnissen zu den einzelnen Präventionsfeldern.
- Bei der Unterscheidung zwischen deutschsprachigen (69,2%) Kindern und jenen mit nicht-deutscher Muttersprache (63,2%; $T=2,5 > 1,96$). Zu bedenken ist allerdings, dass die Erhebungsmethode grundlegende sprachliche Fähigkeiten bei den Kindern erforderte, sodass sich auch sprachliche Defizite in den Ergebnissen widerspiegeln können. Des Weiteren weist die hohe Standardabweichung (10,2) in der Gruppe der Schüler mit nicht-deutscher Muttersprache auf eine große Heterogenität in dieser Teilstichprobe hin.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich dagegen zwischen den beiden Geschlechtern (Jungen: 68,2%, Mädchen: 67,2%; $T=0,5 < 1,96$; $\alpha > 0,05$).

Im Folgenden werden die Bilder nach verschiedenen Gefahrenmomenten (Freizeitunfälle, Unfälle im Haus, Unfälle im Straßenverkehr) dargestellt. Einige Bilder konnten mehreren Gefahrenbereichen zugeordnet werden, so war z.B. Abbildung 9.15 (Mädchen auf Inline-Skatern) sowohl den Unfällen im Straßenverkehr als auch den Freizeitunfällen zuzurechnen und wurde daher in beiden Bereichen berücksichtigt.

Unfälle im Straßenverkehr

(3 Bilder, max. 17 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl: 12,3 (72,2%))

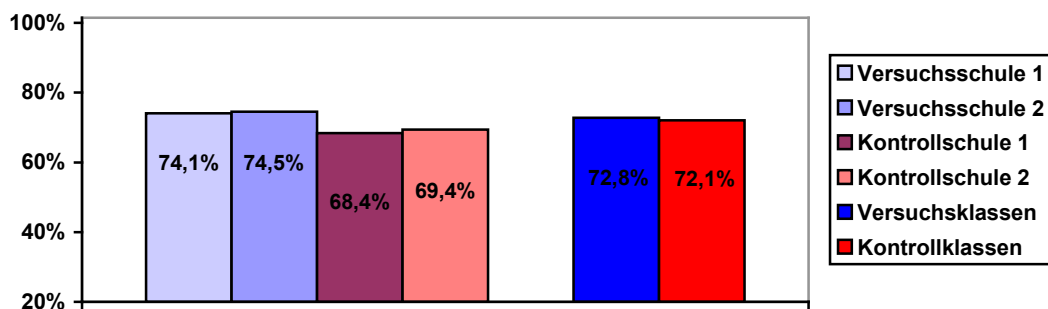


Abbildung 9.20: Ergebnis (in Prozent) bei den Bildaufgaben zu den Unfallgefahren im Straßenverkehr für 202 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Bei den Verkehrsmotiven (vgl. Abbildung 9.20) erzielten die Schüler aus den Versuchsschulen (74,3%) signifikant mehr Punkte als die aus den Kontrollschulen (68,8%; $T=2,6 > 1,96$; $\alpha=0,05$). Da die Kontrollklassen an beiden Versuchsschulen aber ebenfalls ein hohes Antwortniveau zeigten, wurde der Unterschied zwischen Versuchs- (72,8%) und Kontrollgruppe (72,1%) nicht signifikant ($\alpha > 0,05$). Ebenfalls keine signifikanten Abweichungen ergaben sich zwischen Jungen (72,3%) und Mädchen (72,1%) sowie zwischen muttersprachlich deutschen Schüler (72,9%) und anderssprachigen Kindern (69,9%).

Die hohen Werte lassen vermuten, dass die Kinder zum Einschulungszeitpunkt das notwendige Grundwissen für das richtige Verhalten im Straßenverkehr besaßen, etwa dass man nicht zwischen parkenden Autos hindurch, oder ohne sich umzuschauen auf die Straße laufen sollte. Inwieweit dieses Wissen im Realverkehr schon sicher angewendet wurde, lässt sich jedoch aus den Antworten nicht ableiten.

Unfälle im Haus

(6 Bilder, max. 27 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl 19,1 (70,6%))

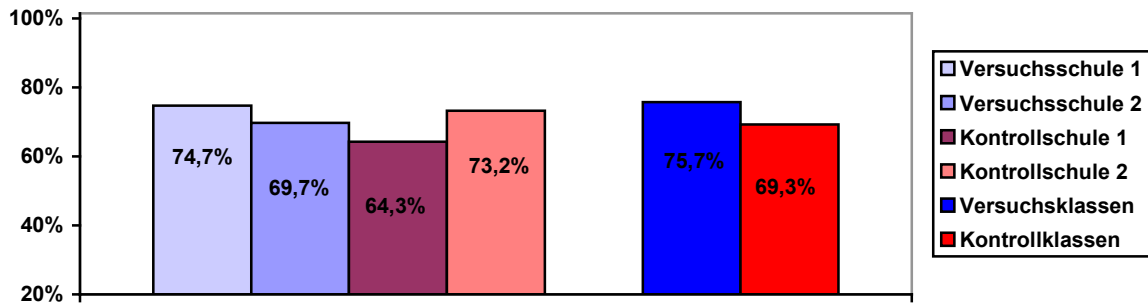


Abbildung 9.21: Ergebnis (in Prozent) bei den Bildaufgaben zu Unfallgefahren im Haus für 202 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Bei der Auswertung der Bildaufgaben zu den Unfallgefahren im Haus waren signifikante Unterschiede ($\alpha=0,01$; ANOVA) zwischen Versuchsschule 1 (75%) und Kontrollschule 1 (64%) zu beobachten. Des Weiteren unterschieden sich die Schüler mit Deutsch als Muttersprache (73%) von jenen mit anderen Muttersprachen (64%) auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ ($T=2,2>1,96$). Keine Signifikanz ($\alpha>0,05$) zeigte sich dagegen in den Ergebnissen

- zwischen Mädchen (72%) und Jungen (70%; $T=0,7<1,96$),
- sowie Versuchs- (76%) und Kontrollklassen (69%; $T=1,8<1,96$).

Die Wohnung ist der wichtigste Lebensraum der Kinder im Kleinkind- und im Kindergartenalter. Hier sammeln sie häufig die ersten Erfahrungen - auch in Bezug auf Unfälle und Verletzungen. Daher war bei den Erstklässlern hier das Wissen über mögliche Gefahrenquellen vermutlich auch am stärksten ausgeprägt.

Unfälle in der Freizeit

(4 Bilder, max. 23 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl 14,5 (63,1%))

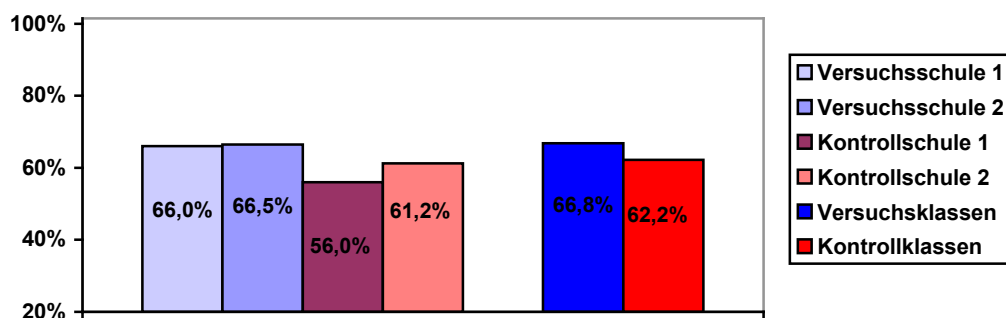


Abbildung 9.22: Ergebnis (in Prozent) bei den Bildaufgaben zu Freizeitunfällen für 202 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Wie bereits bei den Bildern zu den Bildaufgaben zum „Straßenverkehr“ erzielten die Schüler aus den Versuchsschulen (66%) auch bei den Bildern zu den Freizeitunfälle ein signifikant ($T=3,4>2,58$; $\alpha=0,01$) höheres Ergebnis als die Schüler aus den Kontrollschulen (58%). Auffällig war das Resultat der Kontrollschule 1 (56%), welches gegenüber beiden Versuchsschulen (jeweils 66%) signifikant ($\alpha=0,01$; ANOVA) geringer war. Nicht signifikant ($\alpha>0,05$) waren dagegen die Differenzen zwischen

- den Versuchsklassen (67%) und den Kontrollklassen (62%; $T=1,5<1,96$),
- Jungen (65%) und Mädchen (62%; $T=1,0<1,96$),
- deutschsprachigen Schülern (64%) und jenen mit nicht-deutscher Muttersprache (61%; $T=1,1<1,96$).

Die Gefahren in der Freizeit wurden von den Kindern im geringeren Umfang als Gefahren im Haus und im Straßenverkehr erkannt. In diesem Bereich schienen viele Erstklässler noch weniger Erfahrungen erworben zu haben - vielleicht auch deshalb, weil sie noch häufig einen Großteil ihrer Freizeit im Haus verbringen.

Umgang mit Feuer

(2 Bilder und 4 Fragen, max. 11 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl 7,1 (64,5%))

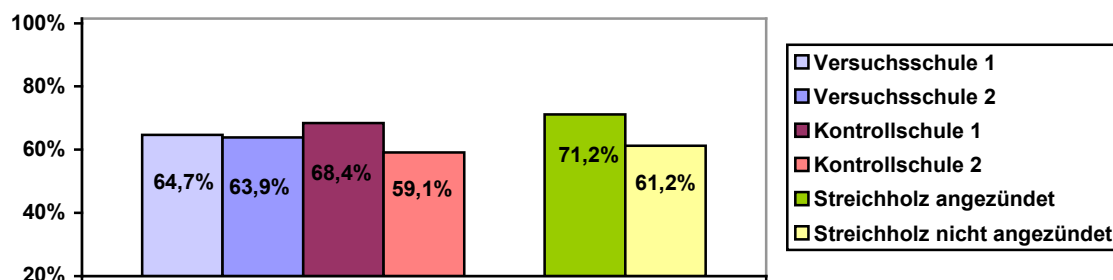


Abbildung 9.23: Ergebnis (in Prozent) beim Wissen über den sicheren Umgang mit Feuer für 202 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Bei den Aufgaben zum sicheren Umgang mit Feuer erzielten die Schüler der Kontrollschule 1 (68,4% der Punkte) das beste Ergebnis. Die Mittelwerte der beiden Versuchsschulen lagen nahe dem Mittelwert der Gesamtverteilung (64,5%); die Kontrollschule 2 erreichte dagegen nur einen Wert von 59,1%. Der Unterschied zwischen den beiden Kontrollschulen war signifikant ($\alpha=0,05$; ANOVA). Des Weiteren zeigten die Jungen (67,9%) ein höheres Wissen als die Mädchen (61%; $T=2,7>2,58$, $\alpha=0,01$).

Keine signifikante Unterschiede ($\alpha>0,05$) ergaben sich für die Ergebnisse der Versuchsklassen (67,1%) gegenüber derer der Kontrollklassen (63,8%; $T=1,4<1,96$) und bei den deutschsprachigen Schülern (65,7%) im Vergleich zu denen mit Migrationshintergrund (60,5%; $T=1,7<1,96$).

Zudem wurden die Kinder gefragt, ob sie selbst schon einmal ein Streichholz angezündet hätten. Die Kinder, die diese Frage bejahten, erreichten bei den Aufgaben zum sicheren Umgang mit Feuer den höchsten Wert aller Teilstichproben (71%). Das Antwortniveau der Kinder, die diese Frage verneinten, war auf diese Fragen hoch signifikant niedriger (62%; $T=4,3>3,29$; $\alpha=0,001$).

Mögliche Gefahren beim Umgang mit Feuer wurden von den Kindern, die schon einen aktiven Umgang mit Feuer hatten (ein Drittel der befragten Schüler), detailreicher und auch aufmerksamer beantwortet. Der Rest äußerte in den Antworten zwar durchweg einen großen Respekt vor Feuer („Feuer ist sehr gefährlich“), allerdings ohne konkrete Gefahrenmomente zu den vorgelegten Bildmotiven (Entflammen der Tischdecke oder von Kleidungsstücken) benennen zu können. Teilweise wurden die Streichhölzer auch als solche nicht erkannt und mit Stiften oder anderen Gegenständen verwechselt.⁸⁴¹

Ernährung

(8 Fragen, max. 8 Punkte, durchschnittliche Punktzahl 6,9 (86,3%))

Die Antworten zum Ernährungswissen und -verhalten der Kinder sind in Kapitel 5.3.2.2 dargestellt.

Zahnpflege

Ungefähr die Hälfte (52%) der befragten Kinder wusste zu Beginn des 1. Schuljahres was Karies ist. Einzig an der Versuchsschule 2 war der Anteil geringer (36%; vgl. Abbildung 9.24).

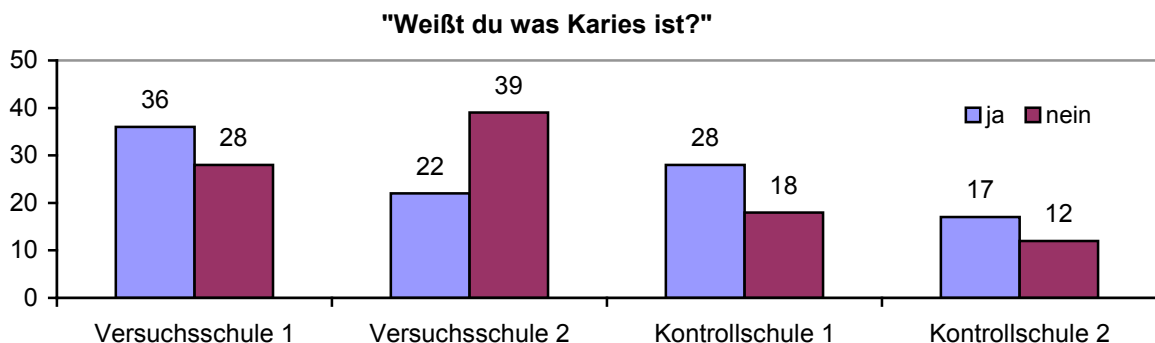


Abbildung 9.24: Absolute Zahlen für 200 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Der Unterschied zwischen der Versuchsschule 2 und allen anderen Schulen war auf einem Niveau von $\alpha=0,05$ (ANOVA) signifikant. Keine Unterschiede ($\alpha>0,05$) zeigten sich zwischen Versuchs- und Kontrollklassen ($T=1,2<1,96$), sowie zwischen Jungen

⁸⁴¹ Dies kann auch daran liegen, dass vermutlich häufiger Feuerzeuge als Streichhölzer im Gebrauch, also diese den Kindern vertrauter sind. Da einmal entzündet, Streichhölzer anders als Feuerzeuge nicht von selbst erlöschen, konzentrierten sich große Teile des Brandschutzprogramms (und damit auch die Inhalte der Evaluation) allerdings auf den sicheren Umgang mit Streichhölzern.

und Mädchen ($T=0,4 < 1,96$). Deutliche Differenzen traten zwischen den deutschsprachigen Schülern und jenen mit nicht-deutscher Muttersprache zu Tage ($T=3,45 > 3,29$; $\alpha=0,001$).

Von den 52% der Kinder, die die vorhergehende Frage bejahten, gab ca. ein Drittel an, schon selbst einmal Karies gehabt zu haben. Bei dieser Nachfrage zeigten sich zwischen den Schülern der verschiedenen Schulen keine Unterschiede.

9.5.3.2.2 Ergebnisse der Untersuchung am Ende des 1. Schuljahres (2003)

Nachdem zu Beginn des 1. Schuljahres die Ausgangslage innerhalb der zu beobachtenden Klassen erhoben wurde, dokumentiert die zweite Untersuchung den Entwicklungsstand der Schüler am Ende des 1. Schuljahres. Die Befragung der Kinder fand zwischen dem 14. und 23. Juli 2003 statt. Hierbei wurden die Daten von 123 Schülern aus den vier beteiligten Schulen erhoben. Das Geschlechterverhältnis war mit 50,4% (Jungen) zu 49,6% (Mädchen) nahezu ausgeglichen. Das Durchschnittsalter betrug zu diesem Zeitpunkt 7,2 Jahre.

Analog zu der Befragung zum Einschulungszeitpunkt wurden die Schüler anhand einer Bildermappe zu verschiedenen Gefahrensituationen befragt. Das Bildmaterial umfasste 17 Bilder, von denen, wie bereits in der ersten Erhebung, zwei Bilder aus dem Bereich der Brandschutzerziehung miteinander verglichen werden sollten. Zusätzlich zu den 15 Gefahrenbildern, die den Themenfeldern

- Unfallgefahren in der Freizeit,
- Unfallgefahren im Straßenverkehr,
- Unfallgefahren im Haus und im Garten und
- Unfallgefahren in Zusammenhang mit Feuer

zuzuordnen waren, kamen zwei Bilder, die nicht mit dem bewährten Auswertungsverfahren evaluiert wurden. Zu diesen beiden Bildern, je einem aus den Bereichen

- Kriminalitätsvorbeugung und
- Umwelterziehung,

wurden die Assoziationen der Kinder festgehalten. Die Antworten zu diesen Bildern wurden nicht quantifiziert und im engeren Sinne in die Evaluation einbezogen. Die Aussagen der Kinder zu diesen Bildern wurden gesondert ausgewertet und dargestellt.

Vier der 17 Bilder waren bereits in der ersten Untersuchung verwendet worden, zwei davon aus dem Bereich „*Unfälle im Haus*“ und die beiden zu vergleichenden Bilder aus der Brandschutzerziehung. Diese Bilder erlaubten einen Vergleich zwischen beiden Jahren und ermöglichten damit weitere Aussagen über die Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins (vgl. Kapitel 9.5.3.1).

Eine Besonderheit stellt die Bildaufgabe 9.25 (s.u.) zum sicheren Verhalten im Straßenverkehr dar. Auf diesem Foto verhalten sich die abgebildeten Kinder offenbar situationsgerecht: Sie gehen ruhig hintereinander, neben der Straße, mit Blickrichtung zum Gegenverkehr. Das heißt, es wurde kein Verhalten abgebildet, aus dem unmittelbar eine Gefahrensituation entstehen könnte. Dieses Bild wurde aus methodischen Gründen in die Untersuchung aufgenommen, um bei den Kindern der

Erwartung, dass auf jedem Bild ein fehlerhaftes Verhalten gezeigt wird, vorzubeugen. Darüber hinaus bestand die Annahme, dass sich eine hohe Gefahrenkognition auch darin äußern würde, dass augenscheinlich *richtiges* Verhalten als solches identifiziert werden könnte. Auch die Aussagen zu diesem Bild blieben bei den Berechnungen des Sicherheitsbewusstseins unberücksichtigt.



Abbildung 9.25

Insgesamt erkannten 24% der Schüler, dass die Kinder auf dem Bild *eigentlich* keiner unmittelbaren Gefahr ausgesetzt sind. Dementsprechend wurde von 76% der Schüler eine Gefahrensituation in das Bild hineininterpretiert. Jedoch bestätigte sich nicht die Vermutung, dass die Kinder, die diese Situation als ungefährlich einschätzten, einen insgesamt höheren Wert bei der Beurteilung der anderen Verkehrsbilder erzielten. Die Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen dem Benennen von Gefahrenmomenten und dem Erkennen einer offenbar gefahrfreien Situation besteht, musste damit verworfen werden. Wobei ein einziges Bild allerdings kaum als verlässliche Datenbasis dienen kann. Unter Berücksichtigung dieser beiden Aspekte wurde daher von einer weiteren Auswertung dieses Bildes abgesehen.⁸⁴²

Insgesamt sind jedem Schüler somit 14 Bildaufgaben präsentiert worden, die entsprechend der Befragung im Vorjahr anhand eines Punktesystems (s.o.) ausgewertet wurden. Anhand dieses Punkteschemas ergaben sich für die Untersuchung des Jahres 2003 folgende Ergebnisse. Beim Vergleich der Ergebnisse vom Beginn und vom Ende des 1. Schuljahres wurden nur die Daten derjenigen Klassen berücksichtigt, die an beiden Erhebungszeiträumen befragt wurden. Somit reduziert sich die Fallzahl der Stichprobe zum Einschulungszeitpunkt (2002) von 202 auf 116 Schüler.

Ergebnis Bildaufgaben:

Insgesamt konnten bei 14 Bildaufgaben 81 Punkte erzielt werden. Durchschnittlich erreichten die Kinder 48,3 Punkte, dies entspricht einem Anteil von 59,6%. Die Standardabweichung lag bei 7,8 Punkten. Nachdem die Versuchsklassen bei der Erhebung zu Beginn des 1. Schuljahres (2002) ein signifikant höheres Ergebnis erzielten als die Kontrollklassen, unterschieden sich die Antworten zu allen Gefahrenbildern nach dem ersten Projektjahr (2003) nicht länger voneinander (vgl. Abbildung 9.26).

⁸⁴² Über den Nutzen eines derartigen Bildes kann man diskutieren: Einerseits kann es der Erwartung des Kindes entgegenwirken, jedes dargebotene Bild würde eine Gefahrensituation abbilden, andererseits kann aber nahezu jede Situation in gewisser Weise zu einer Gefährdung der abgebildeten Personen hin interpretiert werden. Die Erfahrungen aus der Untersuchung vom Ende des 1. Schuljahres riefen jedenfalls Zweifel an dem Sinn eines derartigen Nicht-Gefahrenbildes hervor. So wurden einige Kinder durch den Bruch mit der Erwartung unnötig verunsichert, während andere wiederum gar keinen Unterschied bemerkten. Da sich auch von den Ergebnissen her keine Zusammenhänge zwischen den Antworten zu diesem Bildmotiv und dem sonstigen Gefahrenbewusstsein zeigte, wurde in den folgenden Erhebungen kein derartiges Motiv aufgenommen.

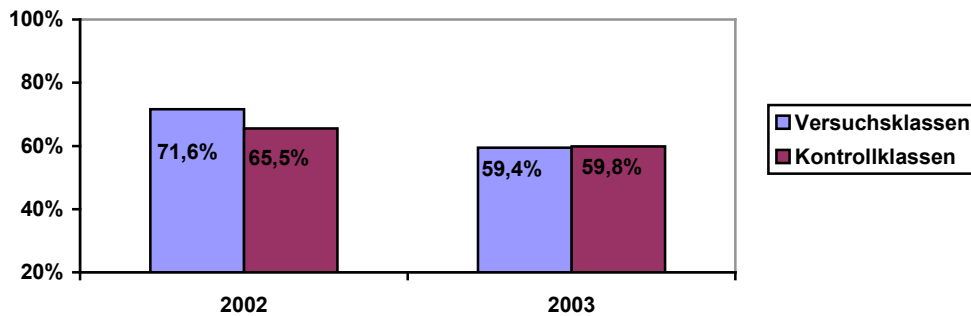


Abbildung 9.26: Gesamtergebnis (in Prozent) von Versuchs- und Kontrollklassen auf Grundlage aller Gefahrenbilder aus den Untersuchungen zu Beginn des 1. Schuljahres (2002; n=116 Schüler) und zum Ende des 1. Schuljahres (2003; n=122 Schüler).

Das Gesamtergebnis zum Sicherheitsbewusstsein ist für die Evaluation der einzelnen Interventionsmaßnahmen nur bedingt geeignet, da nicht zu allen abgefragten Gefahrensituationen entsprechende Unterrichtseinheiten angeboten wurden. Es liefert aber einen Hinweis darauf, ob und wie gut die Kinder, die in einem speziellen Gefahrengebiet erworbenen Kenntnisse auf neue Gefahrensituationen übertragen konnten. War es aus forschungsmethodischer Sicht ohnehin ungünstig, dass die Versuchsgruppe bereits a priori die höheren Leistungen zeigte, so ließ das Zwischenergebnis nach dem 1. Schuljahr nur den Schluss zu, dass die durchgeführten Interventionsmaßnahmen nicht zu einer weiteren Verbesserung des allgemeinen Sicherheitsbewusstseins beitragen konnten. Inwieweit das Angleichen der Leistungen von Versuchs- und Kontrollgruppe sogar auf einen negativen Effekt der zusätzlichen Unterrichtseinheiten hinweist, oder als ein Regressionseffekt zu deuten ist, lässt sich nicht endgültig klären. Ein negativer Effekt der zusätzlichen Unterrichtseinheiten erscheint theoretisch aber nur wenig plausibel.

Hinsichtlich der beteiligten vier Schulen zeigten sich keine signifikanten Differenzen (ANOVA, $\alpha > 0,05$), genauso wenig wie zwischen Jungen und Mädchen ($T = 0,9 < 1,96$). Einzig die Antworten der deutschsprachigen Kinder und derjenigen mit nicht-deutscher Muttersprache unterschieden sich maßgeblich. Die Differenz zwischen diesen beiden Gruppen hatte sich im Vergleich zur ersten Untersuchung nochmals vergrößert. Der Unterschied war nun auf einem Niveau von $\alpha = 0,001$ ($T = 4,3 > 3,29$) hoch signifikant.

Darüber hinaus wurde bei einer weiteren Aufgabe die Rechts/Links-Differenzierungsfähigkeit der Schüler erfasst. Die meisten Schülern (71%) konnten *Rechts* und *Links* sicher unterscheiden. Annähernd jedes fünfte Kind zeigte Schwächen, in dem es zögerte oder zunächst den falschen Arm hob, um sich dann aber relativ schnell selbst zu korrigieren. Weitere zehn Kinder (8%) hoben den falschen Arm. Die Werte entsprechen in etwa den Ergebnissen vergleichbarer Studien. Nach Limbourg⁸⁴³ kann im Alter von sieben Jahren ein Anteil von ca. 75% der Kinder sicher zwischen *Links* und *Rechts* unterscheiden. In der untersuchten Stichprobe war die Unterscheidungsfähigkeit bei Jungen und Mädchen

⁸⁴³ vgl. Limbourg: Kinder im Straßenverkehr, S.65.

gleichermaßen entwickelt. Auch zwischen den Schülern der verschiedenen Schulen bzw. aus der Versuchs- bzw. Kontrollgruppe ergaben sich keine Unterschiede.

Unfälle im Straßenverkehr

(3 Bilder, max. 25 Punkte, durchschnittliche Punktzahl: 13,9 (55,6%))

Im Gegensatz zu dem Gesamtergebnis zeigte sich, dass die Schüler aus der Versuchsgruppe die Bildaufgaben zu Unfallgefahren im Straßenverkehr hinsichtlich der abgefragten Dimensionen „Mögliche Unfallgefahren“, „Ursachen/gezeigtes Fehlverhalten“ und „Verbesserungsmöglichkeiten“ auf einem höheren Niveau beantwortet haben als die Kinder aus der Kontrollgruppe (vgl. Abbildung 9.27). Die mit dem Punktesystem versehenen Antworten ergaben in der Summe eine (schwach) signifikante Differenz ($T=2,0 > 1,66$, $\alpha=0,05$, einseitig⁸⁴⁴).

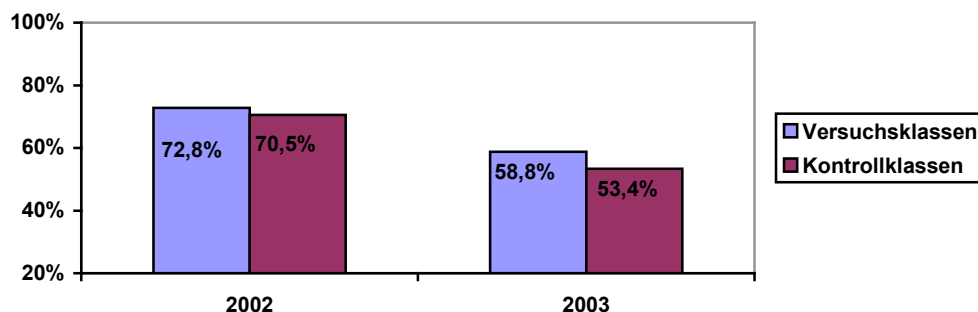


Abbildung 9.27: Ergebnis (in Prozent) von Versuchs- und Kontrollklassen auf Grundlage der Bilder aus dem Themengebiet „Unfälle im Straßenverkehr“ aus den Untersuchungen zu Beginn des 1. Schuljahres (2002; $n=116$ Schüler) und zum Ende des 1. Schuljahres (2003; $n=123$ Schüler).

Keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$) zeigten sich:

- zwischen den verschiedenen Schulen (höchster Wert: Versuchsschule 1 (58,1% der Punkte), geringster Wert: Kontrollschule 1 (53,7%));
- zwischen Jungen (55,2%) und Mädchen (55,7%).

Auch bei den dargestellten Verkehrssituationen wiederholte sich die Beobachtung, dass die deutschsprachigen Kinder im Vergleich zu ihren Mitschülern mit Migrationshintergrund ein signifikant höheres Ergebnis erzielten ($T=2,7 > 2,58$; $\alpha=0,01$). An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass sprachliche Defizite erheblichen Einfluss auf das Ergebnis haben können, sodass daraus nicht zwangsläufig auf ein geringeres Sicherheitsbewusstsein geschlossen werden darf. Die Eltern wurden im Elternfragebogen zwar gebeten, die zurückliegenden Unfälle ihres Kindes zu beschreiben, allerdings wurden sie darin

⁸⁴⁴ Einseitig = Prüfung, ob die Versuchsklassen signifikant besser sind als die Kontrollklassen. Die Hypothese, dass die Kontrollgruppe ein höheres Gefahrenwissen erworben hat, ist nicht anzunehmen und wird daher nicht geprüft. Dadurch vergrößert sich der Bereich der signifikanten Ergebnisse zu Gunsten der zu prüfenden Hypothese.

nicht nach ihrer Nationalität gefragt, sodass ein möglicher Zusammenhang zwischen Unfallhäufigkeit und Migrationshintergrund der Kinder nicht überprüft werden kann.

Zusammenfassend kann zum Themenschwerpunkt „*Unfälle im Straßenverkehr*“ gesagt werden, dass außer den Differenzen zwischen den Schülern mit deutscher und nichtdeutscher Muttersprache nur die Unterteilung zwischen Versuchs- und Kontrollklassen zu signifikanten Unterschieden führte. Da sich die letztgenannte Tendenz in den anderen Gefahrenaspekten nicht zeigte, ist ein Hinweis darauf, dass sich die oben beschriebene Veränderung auch auf die Unterrichtsmaßnahmen der Polizei im Rahmen des Projektes zurückführen lässt.

Umgang mit Feuer

(Zwei Vergleichsbilder und vier Fragen, max. 17 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl: 13,4 Punkte (78,8%))

Die beiden Bilder zum sicheren bzw. gefährlichen Anzünden eines Streichholzes wurden bereits in der Untersuchung zu Beginn des 1. Schuljahres verwendet. Hinzu kamen Fragen zum Notruf, durch die die Inhalte der Unterrichtseinheiten der Feuerwehr aus dem zurückliegenden Schuljahr aufgegriffen wurden. Der Durchschnittswert von 78,8% der zu erreichenden Punktzahl zeigte, dass die meisten Kinder die Aufgaben auf einem relativ hohen Niveau richtig beantworten konnten. Insgesamt ergaben sich dabei zwischen

- den vier Untersuchungsschulen,
- zwischen Versuchs- und Kontrollklassen ($T=0,4 < 1,66$),
- zwischen Jungen und Mädchen ($T=1,7 < 1,96$),

keine signifikante Unterschiede (jeweils $\alpha > 0,05$).

Wie schon die Untersuchung am Einschulungszeitpunkt gezeigt hatte, stand das Wissen zum sicheren Umgang mit Feuer im Zusammenhang mit den eigenen praktischen Erfahrungen, z.B. ob die Kinder selbst bereits ein Feuer entzündet hatten oder nicht. Das selbständige Anzünden eines Streichholzes kann als ein Indikator dafür betrachtet werden, ob den Kindern im Elternhaus ein offener (und vermutlich zugleich kontrollierter) Zugang zum Feuer ermöglicht wird, oder ob dort eher ein restriktiver Umgang (d.h. durch Verbote) mit Feuer überwiegt. Zu Beginn des 1. Schuljahres lag der Anteil der Kinder, die bereits eigene Erfahrungen im Umgang mit Zündmittel angaben, bei etwa einem Drittel (37%); zum Ende des 1. Schuljahres hatte bereits die Hälfte der Kinder (50%) selbst ein Streichholz angezündet. Bei diesen 61 Kindern war in 54 Fällen (89%) ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener anwesend gewesen. Lediglich zwei Kinder gaben an, schon alleine ein Streichholz angezündet zu haben.

In der ersten Untersuchung zeigte sich, dass die Kinder, denen ein aktiver Zugang zu Zündmitteln ermöglicht wurde, ein höheres Wissen im Umgang mit Feuer besaßen. Mit der zweiten Erhebung konnte dieses Ergebnis bestätigt werden ($T=2,5 > 1,96$; $\alpha=0,05$; siehe Abbildung 9.28).

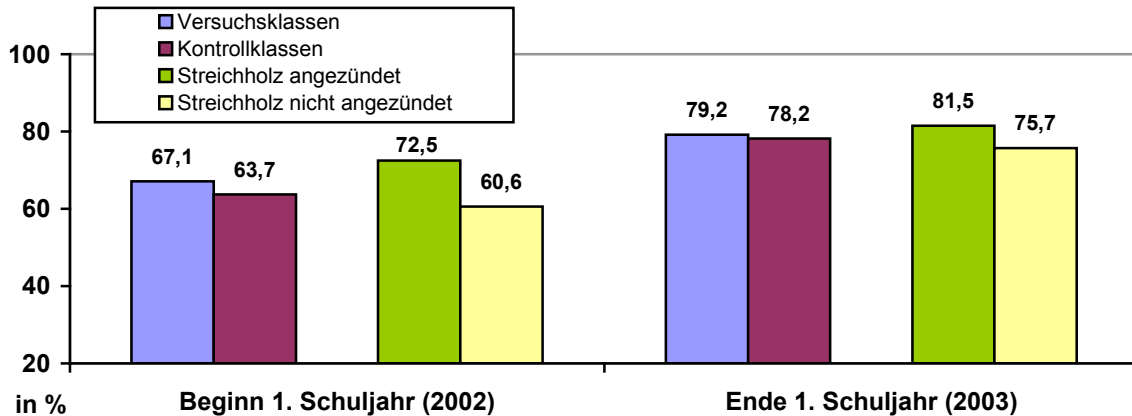


Abbildung 9.28: Punkteverteilung (in Prozent) bei den Aufgaben zum sicheren Umgang mit Feuer und Absetzen eines Notrufs für 116 (2002) und 123 Schüler (2003) aus den vier Untersuchungsschulen.

Die Auswertung der Frage nach den Notrufnummern findet sich gemeinsam mit den Antworten auf die gleiche Frage am Ende des 4. Schuljahres in Kapitel 9.5.3.2.5.

Unfälle im Haus

(5 Bilder, max. 29 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl: 17,5 Punkte (60,4%))
Zu diesem Gefahrenbereich waren im 1. Schuljahr keine Interventionsmaßnahmen durchgeführt worden.

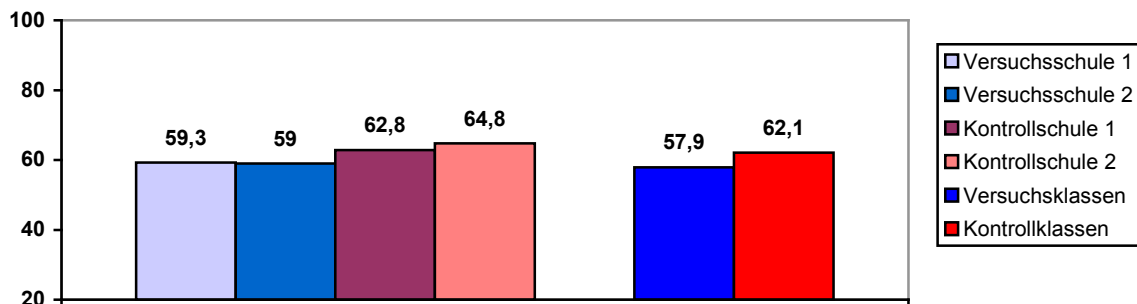


Abbildung 9.29: Punkteverteilung in Prozent auf Grundlage von fünf Bildern zu Unfällen im Haus für 123 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$; siehe Abbildung 9.29) zwischen

- den vier untersuchten Schulen,
- zwischen Versuchs- (58% der maximal zu erreichenden Punkte) und Kontrollklassen (62%, $T=1,8 < 1,96$),
- zwischen Jungen (61%) und Mädchen (60%; $T=0,3 < 1,96$).

Hoch signifikant ($T=3,7 > 3,29$; $\alpha=0,01$) war die Differenz zwischen den Kindern mit deutscher Muttersprache (63%) und den Schülern mit nicht-deutscher Muttersprache

(54%). Bereits bei der Befragung zu Beginn des 1. Schuljahres hatten sich bei den Bildaufgaben zu den Unfällen im Haus zwischen diesen beiden Gruppen hohe Unterschiede ergeben.

Beim Erkennen der Gefahren innerhalb des Hauses zeigten die Kinder kaum Defizite. Wesentlich größere Schwächen ergaben sich allerdings, wenn die Kinder



Abbildung 9.30

sinnvolle Präventivmaßnahmen benennen sollten. So konnten 57% der Kinder bei Abbildung 9.30 die Vergiftungsgefahr durch Putz- oder Spülmittel erkennen, aber nur 42% der Kinder auch eine wirksame Schutzmaßnahme, etwa durch Wegschließen der Reinigungsmittel, angeben. Eine ähnliche Beobachtung



Abbildung 9.31

zeigte sich bei Abbildung 9.31, bei der nur 11% der Schüler angeben konnten, dass derartige Elektrogeräte generell außerhalb der Reichweite von Kindern aufbewahrt werden sollten. Solche Defizite lassen sich mit entwicklungspsychologischen Erkenntnissen erklären, demnach die meisten Kinder erst ab dem neunten Lebensjahr in der Lage sind, vorbeugende Maßnahmen zur Gefahrenvermeidung einzusetzen. Nach Limbourg/Flade/Schönharting lässt sich allerdings das Bewusstsein für Unfallprävention bei den Kindern durch das Präventionsverhalten der Eltern fördern.⁸⁴⁵

Unfälle in der Freizeit

(4 Bilder, max. 25 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl: 15,8 Punkte (63,2%))
Zu diesem Gefahrenbereich waren im 1. Schuljahr keine Interventionsmaßnahmen durchgeführt worden.

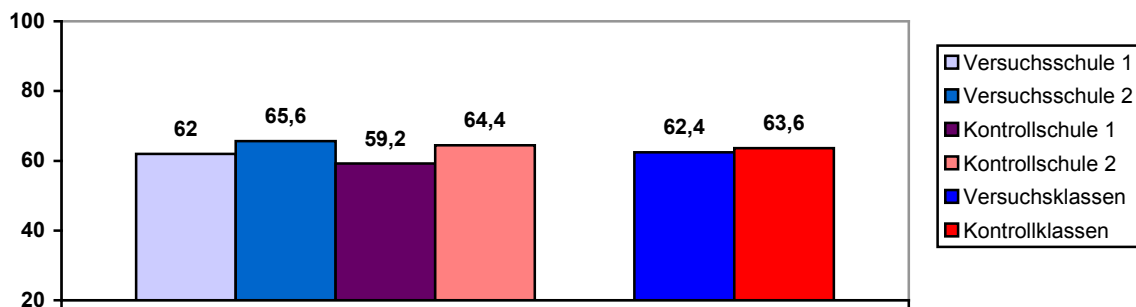


Abbildung 9.32: Punkteverteilung in Prozent auf Grundlage von vier Bildern zu Unfälle in der Freizeit für 123 Schüler aus den vier Untersuchungsschulen.

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$) zwischen

- den vier untersuchten Schulen (siehe Abbildung 9.32),
- zwischen Versuchs- (62%) und Kontrollklassen (64%; $T = 0,4 < 1,66$),

⁸⁴⁵ Limbourg/Flade/Schönharting: Mobilität im Kindes- und Jugendalter, S. 89.

- zwischen den deutschsprachigen Schülern (64%) und denen mit nicht-deutscher Muttersprache (59%; $T=1,7 < 1,96$).

Signifikant war dagegen der Unterschied zwischen den Antworten beider Geschlechter ($T=2,0 > 1,96$; $\alpha=0,05$) - ein Ergebnis, das die Interpretation zulässt, dass die Gefahrenerkennung und das Wissen über Gefahrensituationen bei den Jungen (66%) auf dem Gebiet der Freizeitunfälle höher war als das der Mädchen (60%). Das Ansteigen der Gefahrenkognition bei potenziellen Unfallsituationen außerhalb des Hauses geht mit der zunehmenden Ausdehnung des Freizeitverhaltens und der Erschließung neuer Lebensräume einher. Generell ist das Ausmaß der Raumeignung von der *Qualität* der Umgebung abhängig. Hierzu zählen etwa das Verkehrsaufkommen, vorhandene Grünflächen und Spielmöglichkeiten. Auf Grund geringerer Mobilität sind jüngere Kinder von den sozial-räumlichen Merkmalen der unmittelbaren Wohnumgebung stärker betroffen als ältere.⁸⁴⁶ Die Ergebnisse im Projekt sind ein Hinweis darauf, dass die Raumerkundung bei den Jungen im Laufe des 1. Schuljahres ausgeprägter verlaufen als bei den Mädchen. Eine solche Raumerkundung und -aneignung ist für Jungen eher ein Selbstzweck als für Mädchen, die ihr Umfeld häufig zielgerichtet nutzen. Mädchen nutzen den öffentlichen Raum seltener und in geringerem Umfang, ihre Spiele sind häufig standortgebunden, während Jungen dazu neigen, in ihrer Freizeit größere Entfernungen zurückzulegen, um Räume zu erkunden und in gewisser Hinsicht auch zu erobern.⁸⁴⁷

Ernährung

(16 Fragen, max. 16 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl: 14,2 Punkte (88,8%))

Keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$) zeigten sich zwischen

- den vier untersuchten Schulen,
- Versuchs- (88%) und Kontrollklassen (89%; $T=0,6 < 1,66$),
- zwischen den Jungen (90%) und den Mädchen (88%; $T=1,2 < 1,96$).

Die Antworten zum Ernährungswissen und -verhalten der Kinder sind in Kapitel 5.3.2.2 dargestellt.

Kinderrückenschule / Schulranzen-TÜV

Die Ergebnisse des 1. und 3. Schuljahres werden zusammen in Kapitel 9.5.3.2.4 dargestellt.

Gewaltprävention

Ein weiterer Teil des Projektes widmete sich der Gewaltprävention im Kindesalter, er beinhaltete die beiden Dimensionen „*Kinder als Täter*“ sowie „*Kinder als Opfer*“ von kriminellern Verhalten. Um Informationen darüber zu erhalten, inwieweit potenziell

⁸⁴⁶ vgl. Schmidt: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, S. 407.

⁸⁴⁷ vgl. Pfister: Mädchenspiele – zum Zusammenhang von Raumeignung, Körperlichkeit und Bewegungskultur. In: Sportunterricht 5/1991, S. 170ff.

bedrohliche Situationen im Bewusstsein der Kinder repräsentiert sind, wurde den Schülern ein Bild (Abbildung 9.33) gezeigt, das sowohl eine harmlose Interpretation (Schüleräußerung: „*Der Vater ruft seinen Sohn zu sich.*“) zuließ, aber zugleich das Motiv einer vermeintlichen Entführungssituation (Schüleräußerung: „*Der Mann lockt den Jungen in eine Falle, in dem er ihm Süßigkeiten verspricht.*“) nahe legte. Für die Untersuchung der kindlichen Gefahrenkognition war es interessant zu sehen, wie diese Situation von den Schülern wahrgenommen wurde.

Insgesamt bewerten genau 50% der Schüler die Situation als Gefährdung, in der Regel im Sinne einer möglichen Entführung durch den, häufig als „*Fremden*“ bezeichneten, Mann. Die andere Hälfte der Schüler stufte die Situation als weitgehend gefahrlos ein. In diesen Fällen wurde der Mann häufig als Vater des Jungen interpretiert, oder die Situation wurde als ein möglicher Verkehrsunfall („*Wenn der Ball auf die Straße rollt, darf der Junge nicht hinterher rennen.*“), bzw. in einer eventuellen Rüge des Mannes („*Der Mann schimpft, weil der Ball gegen sein Auto geflogen ist.*“) weitergedacht.



Abbildung 9.33

Die erste Deutung im Sinne einer Unfallsituation wurde sicherlich teilweise durch die vorhergehenden Gefahrenbilder mitbewirkt.⁸⁴⁸ Die zweite Interpretation im Sinne einer Maßregelung entspricht vermutlich am ehesten den alltäglichen kindlichen Erfahrungen mit ihnen (un-)bekannten Erwachsenen. Kinder, die das vorgelegte Bild im Sinne einer Verkehrssituation deuten, sind vermutlich von ihren Eltern weniger auf derartige Entführungs-Situationen sensibilisiert worden als diejenigen Kinder, die die Darstellungsabsicht erkannt haben.

Von den Schülern der verschiedenen Schulen wurde das Bild in unterschiedlichem Ausmaß als eine solche bedrohliche Situation interpretiert. An der Versuchsschule 1 lag die Quote der Kinder, die eine kriminelle Folgehandlung ahnten, bei über 60%; an der Versuchsschule 2 und Kontrollschule 1 wurde eine entsprechende Antwort von weniger als der Hälfte der Schüler gegeben. Diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant ($\chi^2=2,63<7,81$; $df=3$; $\alpha>0,05$). Die größte Differenz (34,5%; $\chi^2=10,4>6,62$; $df=1$; $\alpha=0,01$) ergab sich bei der Unterscheidung nach Schülern mit deutscher und nicht-deutscher Muttersprache. Aus der letztgenannten Teilstichprobe wurde nur von annähernd jedem vierten Kind (24%) eine entsprechende Antwort gegeben, der Anteil bei den Nicht-Migranten war mehr als doppelt so hoch (59%). Bei der Unterscheidung in Versuchs- und Kontrollklassen ($\chi^2=0,36<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$) ergaben sich dagegen ebenso wenig nennenswerte Unterschiede wie zwischen Jungen und Mädchen ($\chi^2=0,86<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$).

9.5.3.2.3 Ergebnisse der Untersuchung am Ende des 2. Schuljahres (2004)

Die Stichprobe am Ende des 2. Schuljahres umfasste die Daten von 120 Schülern aus den vier Schulen. Dabei überwog der Anteil der Jungen (55%) den der Mädchen

⁸⁴⁸ Um dieser Einschätzung etwas entgegenzuwirken, war dieses Bild nicht zusammen mit den Gefahrenmotiven, sondern am Schluss der Untersuchung an den Frageteil zur Brandschutzerziehung und zum Ernährungsverhalten platziert worden.

(45%). Die Untersuchungen im Rahmen der Kinderbefragung wurden innerhalb des Zeitraums vom 06. Juli bis zum 15. Juli 2004 durchgeführt.

Weiterhin stand eine Bildermappe mit Motiven aus den verschiedenen Gefahrenbereichen im Kern der Befragung. Im Anschluss an die Bildermappe wurden den Kindern noch weitere Fragen zu den verschiedenen Themenfeldern gestellt. Das Auswertungsverfahren orientierte sich wie in den vorhergehenden Untersuchungen an den Kriterien:

- Gefahrenerkennung,
- Ursachenbeschreibung,
- Benennung präventiver Maßnahmen.

Inhaltlich wurden auf Grund der im 2. Schuljahr erstmals durch die von der VER durchgeführten „Bus-Schule“ das Gefahrenwissen und die Gefahrenerkennung bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel untersucht. Demgegenüber nahmen die allgemeinen Unfallgefahren im Haus nur noch einen geringen Raum (drei Bildmotive) ein. Aus diesem Grund wurden die Bildaufgaben aus diesem Gefahrenbereich bei der Auswertung mit denen zu den Freizeitunfällen zusammengefasst.

Insgesamt sollten sich die Schüler zu 13 Bildaufgaben äußern. Hinzu kamen zweimal vier Motive⁸⁴⁹ zum Umgang mit Zündmitteln und zum Verhalten im Brandfall, wobei sich die Kinder jeweils zwischen zwei Handlungsalternativen zu entscheiden hatten. Wie in den vorhergehenden Untersuchungen wurden die Antworten der Kinder über ein Punktesystem ausgewertet, um so die Vergleichbarkeit der Antworten zu ermöglichen. (Zur Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins in allen vier Grundschuljahren siehe den Punkt 9.5.3.1).

Ergebnis Bildaufgaben

Insgesamt konnten bei den 13 Bildaufgaben 94 Punkte erzielt werden. Durchschnittlich erreichten die Kinder 50,1 Punkte (53%), die Standardabweichung betrug 7,1 Punkte. Darüber hinaus ergaben sich für den Zeitpunkt der dritten Untersuchung über alle Bildaufgaben hinweg betrachtet, keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$)

- zwischen Versuchs- und Kontrollklassen ($T=0,3 < 1,98$),
- zwischen Jungen und Mädchen ($T=1,2 < 1,98$),
- im Vergleich von Migranten und Nicht-Migranten ($T=1,8 < 1,98$),
- sowie zwischen den Schülern der einzelnen Schulen (einfaktorielle ANOVA; $F = 2,5 < 2,7$).

Im Weiteren wurde untersucht, ob sich die durchgeführten Interventionsmaßnahmen auf die Gefahrenkognition der Kinder in den Versuchsklassen ausgewirkt hatten. Da die Ergebnisse des 1. Schuljahres auf ein unterschiedliches Profil der Schülerklientel an den beiden Versuchsschulen hindeuteten, wurde jede Versuchsklasse zunächst mit ihrer *direkten* Kontrollklasse an der jeweiligen Schule verglichen. Betrachtet man als Gesamtergebnis die Leistung der Schüler zu allen in der Kinderbefragung erfassten Aspekten (Gefahrenbildern und Anschlussfragen), so zeigten sich schwach signifikant höhere Leistungen der Versuchsklassen gegenüber der Kontrollklassen,

⁸⁴⁹ Ursprünglich fünf Bildaufgaben; siehe auch die entsprechende Fußnote bei der Darstellung der Ergebnisse.

sowohl an der Versuchsschule 1 ($T=1,99>1,98$; $\alpha=0,05$; zweiseitig), wie auch an der Versuchsschule 2 ($T=1,75>1,66$; $\alpha=0,05$; einseitig) sowie für die Werte der beiden Versuchsklassen gegenüber allen vier Kontrollklassen ($T=1,8>1,66$; $\alpha=0,05$; einseitig). In Abbildung 9.34 sind diese Unterschiede dargestellt.

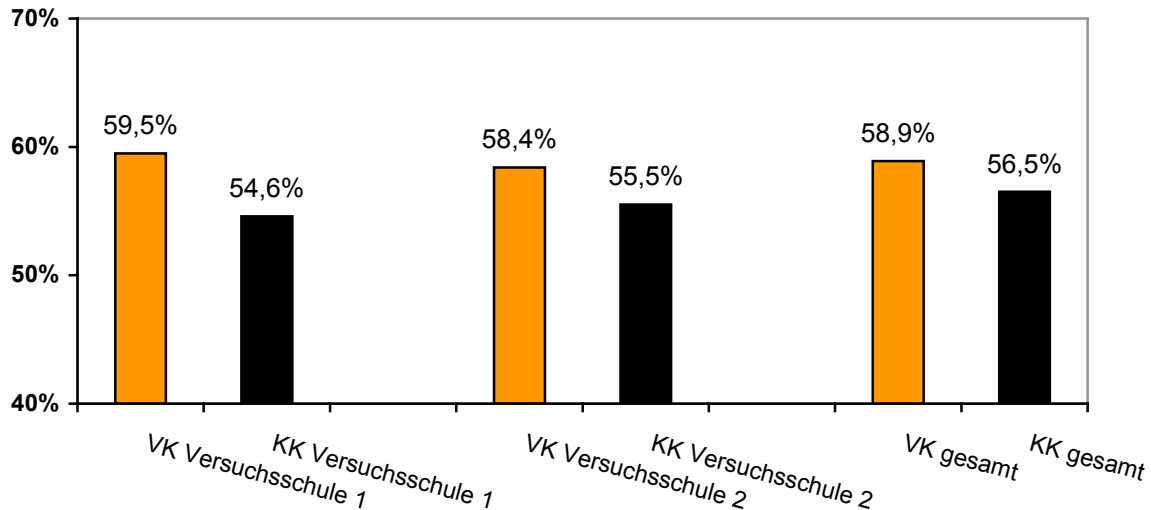


Abbildung 9.34: Gesamtergebnis aller Inhalte aus der Kinderbefragung unterteilt nach Versuchs- und Kontrollklassen. Daten für 119 Schüler aus den vier untersuchten Schulen.

Des Weiteren erzielten die Jungen (58,9%) bei der Gesamtbefragung ein höheres Ergebnis als die Mädchen (55,5%; $T=2,7>1,98$; $\alpha=0,05$). Ebenso erreichten Schüler mit nicht-deutscher Muttersprache (54,8%) im Durchschnitt weniger Punkte als Kinder mit deutscher Muttersprache (58,2%; $T=2,2>1,98$; $\alpha=0,05$). Dieser zweite Aspekt war bereits in den vorhergehenden Untersuchungen zu beobachten gewesen, während sich die Gefahrenkognition bei Jungen und Mädchen in den Befragungen zuvor nicht unterschieden hatte. Weiterhin ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ($\alpha>0,05$) zwischen den vier Schulen (ANOVA, $F=1,9$).

Insofern kann an dieser Stelle ein Anzeichen für den Erfolg der Maßnahmen im Ganzen beobachtet werden. Im Weiteren wurde untersucht, bei welchen interventionsspezifischen Inhalten sich die Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollklassen besonders bemerkbar machten.

Unfälle im Straßenverkehr

(4 Bilder mit max. 34 Punkten und zusätzlich 3 Bilder und 2 Fragen zur „Bus-Schule“ mit zusammen 36 Punkten. Von diesen 70 Punkten erreichten die Schüler im Durchschnitt 35,3 (50,4%).)

Am Ende des 2. Schuljahres zeigte sich ein schwacher signifikanter Unterschied ($T=2,37>2,36$; $\alpha=0,01$; einseitig), demnach die Schüler aus den Versuchsklassen (mit 53% der zu erreichenden Punkte) die Bildaufgaben zu den Unfallgefahren im

Straßenverkehr auf einem höheren Antwortniveau lösten als die Kinder aus den Kontrollklassen (49%). Damit bestätigte sich das Ergebnis aus dem Vorjahr, in dem die Versuchsklassenkinder in diesem Gefahrenbereich am Ende des 1. Schuljahres mehr Punkte erzielt hatten.

Da das Erhebungsinstrument jährlich verändert wurde, konnten die verschiedenen Ergebnisse nur schwer zueinander in Beziehung gesetzt werden. Um trotzdem die Entwicklung zwischen den verschiedenen Teilstichproben verfolgen zu können, wurde der jeweils von den Kontrollklassen erreichte Punktwert als 100% definiert. Der von den Versuchsklassenkindern erzielte Wert wurde dann dazu in Relation gesetzt. Daraus ergaben sich für die drei bisher untersuchten Erhebungszeiträume die in Abbildung 9.35 dargestellten Werte.

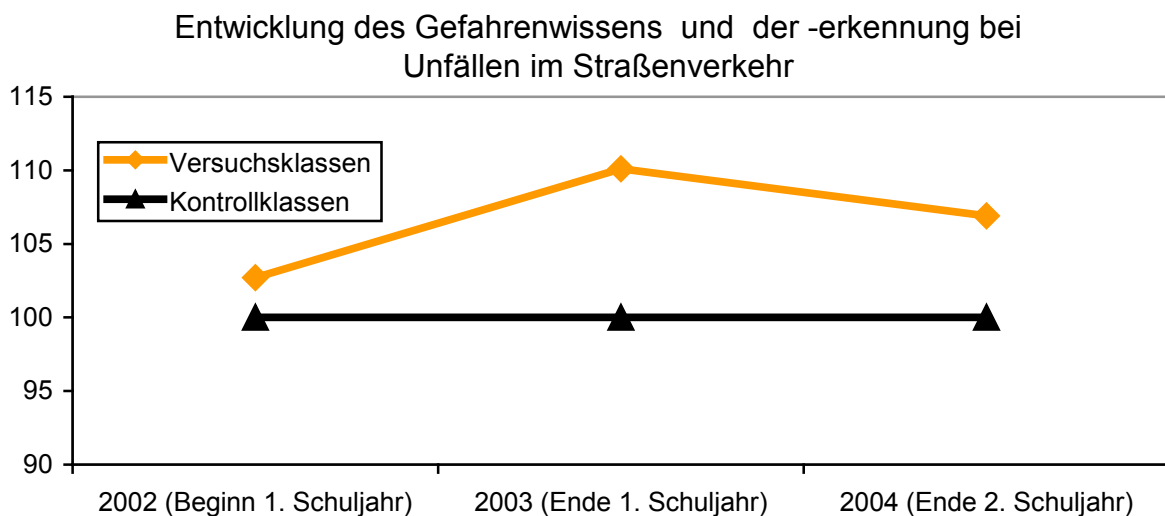


Abbildung 9.35: Entwicklung des Gefahrenwissens und der Gefahrenerkennung zu Unfallgefahren im Straßenverkehr bei Versuchs- und Kontrollklassen im Laufe der ersten drei Erhebungen. Angaben für 116 (2002), 122 (2003) und 120 (2004) Kinder aus den vier untersuchten Schulen.

Eine entsprechende Differenz zeigte sich auch innerhalb der beiden Versuchsschulen, wonach sowohl an der Versuchsschule 1 wie auch an der Versuchsschule 2 die jeweilige Versuchsklasse ein signifikant ($\alpha=0,01$; einseitig) besseres Ergebnis erlangte als ihre unmittelbare Kontrollklasse. Der Unterschied in Abbildung 9.35 beruht also nicht auf einem eventuell starken Effekt in nur einer der beiden Versuchsklassen.

Darüber hinaus ergaben sich gerade bei diesem Aspekt große Unterschiede zwischen den Jungen (52% der zu erzielenden Punkte) und den Mädchen (48%, $T=3,0 > 2,62$; $\alpha=0,01$). Dagegen ließen sich keine Differenzen zwischen den verschiedenen Schulen (ANOVA, $F=1,1$; $\alpha > 0,05$) und zwischen den Schülern mit deutscher bzw. nicht-deutscher Muttersprache ($T=1,8 < 1,98$; $\alpha > 0,05$) beobachten.

Auch bei der Evaluation des verkehrspädagogischen Teilbereichs zur „Bus-Schule“ schnitten die Versuchsklassen signifikant besser ab als ihre direkten Kontrollklassen

(T zwischen $1,7 > 1,66$ und $2,8 > 2,36$; $\alpha = 0,05$ bzw. $0,01$, einseitig). Da Gefahren bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel erstmals Gegenstand der Untersuchung waren, waren dies die ersten Daten, die zu diesem Themenbereich erhoben wurden, sodass am Ende des 2. Schuljahres diesbezüglich noch keine Trenddaten berechnet werden konnten.

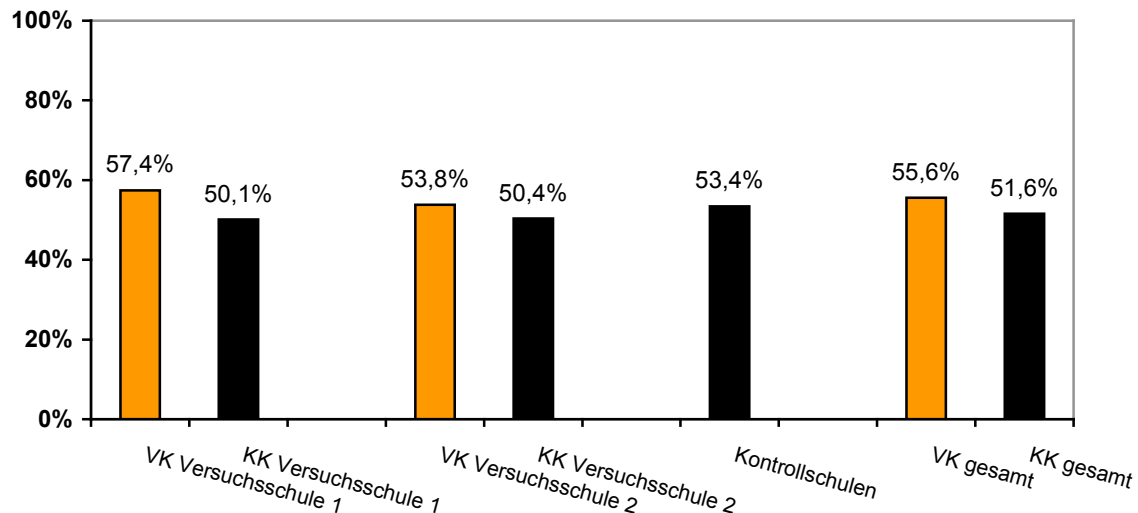


Abbildung 9.36: Anteil der erreichten Punkte bei drei Bildaufgaben und zwei Fragen zur „Bus-Schule“, für 120 Kinder aus den vier untersuchten Schulen.

Es ist in Abbildung 9.36 zu erkennen, dass die Versuchsklassen mehr Punkte erzielten als ihre jeweiligen Kontrollklassen. Die Unterschiede sind auf einem Niveau von $\alpha = 0,05$ einseitig signifikant, für die Versuchsschule 1 sogar für $\alpha = 0,01$ (T-Werte zwischen $1,8 > 1,66$ und $2,9 > 2,36$).

Im Weiteren zeigten sich keine Unterschiede in den Antworten hinsichtlich des Geschlechts, der Muttersprache und bezüglich der verschiedenen Schulen (ANOVA, $F = 0,7$; $\alpha > 0,05$). Auch die Schüler der Kontrollschule 1, von denen immerhin 27% der Schüler täglich mit dem Bus zur Schule fahren, erzielten kein besseres Ergebnis. Dabei war durchaus zu erwarten gewesen, dass die tägliche Fahrt mit dem Bus die Wahrnehmung potentieller Gefahrensituationen verbessert. Da bei der Befragung an den Schulen allerdings aus methodischen Gründen nicht zwischen den Busnutzern und den Nicht-Nutzern unterschieden werden konnte, ließ sich die Annahme mit dem Ergebnis letztlich auch nicht völlig widerlegen.

Velten, die die Unterrichtseinheiten zur „Bus-Schule“ im Rahmen ihrer Examensarbeit begleitete, fasst ihre Erkenntnisse vor dem Hintergrund der von ihr vor Ort gesammelten Erfahrungen zusammen. Hinsichtlich der eingesetzten Methoden kam sie zu dem Ergebnis:

„Besonders an die Beispiele konnten sich die Kinder sehr gut erinnern. [...] Die Annahme, dass ein Anführen von Beispielen ohne Bilder - noch dazu in einem Frontalunterricht - keine richtige Wirkung auf die Kinder zeigt, hat sich nicht ganz

*erfüllt. Die Kinder konnten sich zum Teil noch sehr gut an die Beispiele erinnern, sie teilweise sogar sehr detailliert wiedergeben. Die Vermutungen, dass einige Übungen nicht sehr effektiv sind, weil sie entweder nur mit wenigen Kindern durchgeführt wurden oder nicht klar zum Ausdruck gebracht haben, welche Gefahren bestehen und wie stark deren Ausmaß und Folgen sind, haben sich teilweise bestätigt. Zum Beispiel haben weniger als 50% der Kinder der Versuchsklasse darauf hingewiesen, beim Aussteigen nach rechts und links zu sehen. Noch weniger Kinder haben dieses Verhalten begründet. Die Übung hat nicht ausreichend zum Ausdruck gebracht, welche Gefahren sich ereignen können. Dass die Jacke oder die Tasche eingeklemmt werden könnte, haben nur sehr wenige Kinder genannt. Und gerade die Übungen zu diesem Thema wurden nur von der Moderatorin durchgeführt bzw. bei einer Übung durfte ein Kind assistieren. Wie erwartet hat in diesen Fällen der Lehrervortrag wenig Wirkung.*⁸⁵⁰

Setzt man das Ergebnis, das die einzelnen Schüler bei den allgemeinen Verkehrsbildern erreichten, mit den von ihnen erzielten Punkten zur „Bus-Schule“ in Beziehung, ergibt sich nur eine relativ niedrige Korrelation ($\text{cor.}_{(\text{Pearson})}=0,24$). Sofern man - wie an dieser Stelle geschehen - die partnerschaftliche Umsetzung der „Bus-Schule“ von Seiten des VER und der Polizei im Sinne einer durch Kooperation verbundenen, ganzheitlichen Verkehrserziehung ansieht, zeigt sich (vgl. Abbildung 9.36), dass die Inhalte der „Bus-Schule“ im 2. Schuljahr und die Interventionsmaßnahmen der Polizei seit dem 1. Schuljahr zu einer signifikanten Verbesserung des Gefahrenwissens und der Gefahrenerkennung auf dem Gebiet der Verkehrssicherheit beitragen konnten. Lässt man dagegen die Punkte zur „Bus-Schule“ bei der Auswertung der Bildaufgaben zu den Unfällen im Straßenverkehr unberücksichtigt, ergibt sich bei den Verkehrsbildern allerdings nur für die Versuchsklasse an der Versuchsschule 2 ein signifikanter Unterschied im Vergleich mit ihrer direkten Kontrollklasse ($T=2,2>2,02$; $\alpha=0,05$).

Freizeitunfälle/Unfälle in Haus und Garten

(6 Bilder, max. 34 Punkte, durchschnittlich erzielte Punktzahl: 21,5 (63%))

Da zu diesen Inhalten keine speziellen Interventionsmaßnahmen durchgeführt wurden, nahmen beide Bereiche bei der Befragung am Ende des 2. Schuljahres weniger Raum ein als in den vorhergehenden Erhebungsphasen. Wie auch die Unfallbeschreibungen in den Elternbefragungen zeigten, nahm die Zahl der Unfälle, die in der Wohnung bzw. im Haus stattfanden, mit zunehmendem Alter ab. Mit der Ausdehnung des kindlichen Lebensraums rückten andere Gefahrenquellen in den Blick (vgl. Kapitel 5.3.3.2.1). Über die Entwicklung des unspezifischen Sicherheitsbewusstseins lieferten die Antworten zu den Aufgaben aus dem Bereich Haus- bzw. Freizeitunfälle dennoch wichtige Aufschlüsse.

Analog zu Abbildung 9.35 (siehe auch die entsprechende Erläuterung dazu im Text) wurde auch in Abbildung 9.37 zu Gunsten der Vergleichbarkeit der verschiedenen Erhebungsinstrumente der jeweils von den Kontrollklassen erzielte Wert gleich 100% gesetzt. Die helle Linie zeigt dann - im Vergleich dazu - den Entwicklungsstand der Versuchsklassen.

⁸⁵⁰ Velten: Die Busschule im Rahmen der Verkehrs- und Mobilitätserziehung, S. 141.

Entwicklung des Gefahrenwissens und der Gefahrenerkennung bei Freizeitunfällen und Unfallgefahren in Haus und Garten

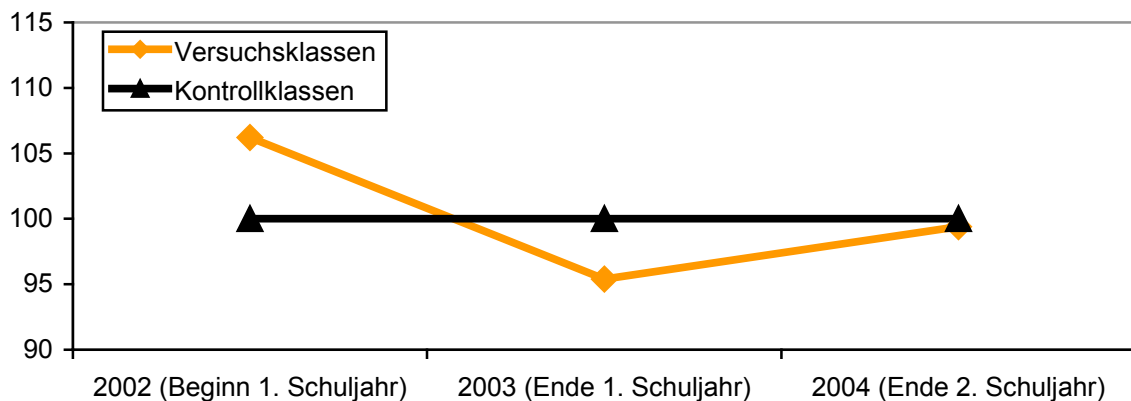


Abbildung 9.37: Entwicklung des Gefahrenwissens und der Gefahrenerkennung zu Freizeitunfällen und Unfallgefahren in Haus und Garten bei Versuchs- und Kontrollklassen im Laufe der ersten drei Erhebungen. Angaben für 116 (2002), 122 (2003) und 120 (2004) Kinder aus den vier untersuchten Schulen.

Zu allen drei Zeitpunkten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kindern aus den Versuchs- und den Kontrollklassen ($\alpha > 0,05$, für die dritte Befragung: $T = 0,2 < 1,66$). Wie die Grafik verdeutlicht, war das Antwortniveau der beiden Teilstichproben am Ende des 2. Schuljahres nahezu gleich hoch. Da sich auch an den beiden Schulen und für die beiden jeweils unmittelbaren Vergleichsklassen keine nennenswerten Differenzen ergaben ($\alpha > 0,05$), ist davon auszugehen, dass die eingesetzten Maßnahmen auf die Entwicklung des allgemeinen Sicherheitsbewusstseins und Gefahrenwissens im Kontext von Haus- bzw. Freizeitunfällen keine Wirkung hatten.

Ebenfalls kein Unterschied zeigte sich zwischen den Jungen und den Mädchen ($T = 1,2 < 1,96$; $\alpha > 0,05$), während die Schüler mit nicht-deutscher Muttersprache signifikant weniger Punkte erzielten als ihre Mitschüler ($T = 2,0 > 1,96$; $\alpha = 0,05$).

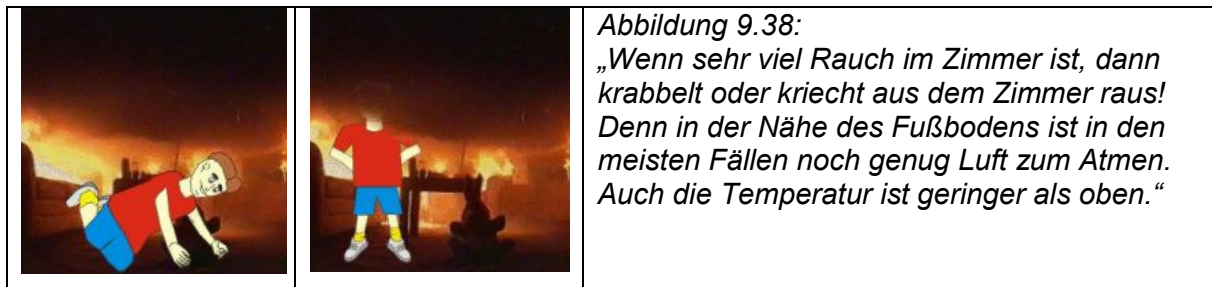
Gefahren im Umgang mit Feuer

(5 Bildmotive⁸⁵¹ zum Verhalten im Brandfall und zum Umgang mit Zündmitteln, max. 5 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl: 3,7 (74%).)

Das Brandschutz-Wissen der Kinder wurde am Ende des 2. Schuljahres mit fünf Bildaufgaben abgefragt. Bei vier dieser Aufgaben sollten die Schüler jeweils aus zwei

⁸⁵¹ In der Befragung waren ursprünglich sechs Bildaufgaben enthalten, allerdings wurde eine Bildaufgabe zum sicheren Anzünden eines Streichholzes nach Rücksprache mit dem zuständigen Brandschutzerzieher aus der Wertung ausgeschlossen, da keines der beiden Bildmotive das in der Unterrichtseinheit vermittelte Zielverhalten eindeutig abgebildet hätte.

Verhaltensalternativen die Abbildung mit dem „sicheren“ Verhalten auswählen.⁸⁵² Für den Fall, dass die Kinder die dargestellte Situation nicht einordnen konnten, waren die Interviewer angewiesen worden, das Bild mit wenigen Worten zu erläutern. Zu diesen vier Aufgaben kam ein Bildmotiv hinzu, bei dem die Schüler, wie auch bei den anderen Gefahrenbereichen, die Gefahrenquellen, -ursachen und Maßnahmen zur Unfallprävention benennen sollten. Diese insgesamt fünf Motive bildeten die Grundlage für die Bewertung der zurückliegenden Unterrichtseinheiten zur Brandschutzerziehung. Im Folgenden werden zunächst die vier Vergleichsbilder mit den wesentlichen Ergebnissen vorgestellt.



Insgesamt sagten bei dieser Aufgabe 78% der Kinder, dass das Kind auf dem linken Motiv das richtige Verhalten zeigen würde, während sich 18% der Kinder für das rechte Motiv entschieden, weitere 4% gaben die Antwort „weiß nicht“. Der Prozentsatz der richtigen Antworten war in den Kontrollklassen (80%) höher als in den Versuchsklassen (75%). Der Unterschied war jedoch nicht signifikant ($\chi^2=0,5<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$).



Bei diesem Bild lag der Anteil der richtigen Antworten mit 83% noch etwas höher als bei der vorhergehenden Bildaufgabe. Auch hierbei gab es in den Kontrollklassen (84%) geringfügig (nicht signifikant, $\chi^2=0,2<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$) mehr richtige Antworten als in den Versuchsklassen (82%). Während die ersten Bildaufgaben die Maßnahmen zum Verhalten im Brandfall evaluierten, behandelten die weiteren Motive den sicheren Umgang mit Zündmitteln.

⁸⁵² Die ausgewählten Bilder und die daneben abgedruckten Texte entstammen der Homepage der Feuerwehr Halle/Saale „Brandschutzerziehung mit Florian Feuerwehrmann“; www.feuerwehr-halle.de/Florian_Feuerwehrmann/florian_feuerwehrmann.html (verfügbar am 06.05.10).



Auf dem linken Motiv führt die Hand das Streichholz zum Körper hin, auf dem rechten Bild weist der Pfeil von dem Anzündenden weg. Diese zweite, sicherere Variante wurde von 86% der Kinder ausgewählt. Unter den falschen Antworten war lediglich ein Kind aus den Versuchsklassen, sodass sich für diese ein Prozentwert von 98% richtiger Antworten ergab. Dieser Unterschied ist gegenüber dem Anteil bei den Kindern aus den Kontrollklassen (79%) signifikant ($\chi^2=8,1>6,6$; $df=1$; $\alpha=0,01$). Dabei bestand diese Differenz vor allem zwischen den Versuchs- und Kontrollklassen an der Versuchsschule 1 (96% (VK) gegenüber 76% (KK)) und Versuchsschule 2 (100% (VK) gegenüber 64% (KK) richtiger Antworten). Die entsprechenden Werte in den Klassen der Kontrollschulen lagen bei ca. 90%.



Etwas zu einfach war anscheinend die vierte und letzte Bildaufgabe in dieser Reihe gehalten. Das rechte Motiv bildet die Gefahr, sich die Finger zu verbrennen, sehr deutlich ab. Dementsprechend wenig Falschantworten wurden auf die Frage gegeben. Lediglich vier (3%) der 120 befragten Kinder nannten hier die falsche Antwort. Diese vier Schüler stammten zwar alle aus den Kontrollklassen, dennoch erübrigten sich die Berechnung der Differenzen bei verschiedenen Teilgruppen auf Grund der geringen Zahl an Falschantworten.

Die Berechnung des Gesamtergebnisses für die Unfallgefahren im Umgang mit Feuer erfolgte über diese vier Bildaufgaben sowie über das Gefahrenmotiv 9.42. Bei letzterem erwähnten signifikant ($\chi^2=9,7>6,6$; $df=1$; $\alpha=0,01$) mehr Kinder aus den Versuchsklassen (43%) - neben der Antwort, dass Kinder nicht rauchen sollten - auch, dass ein Brand entstehen kann. In den Kontrollklassen erwähnten nur 17% der Kinder diese Gefahr. In der Summe aller Aufgaben zum sicheren Umgang mit Feuer erzielten die Schüler aus den Versuchsklassen ein signifikant besseres Ergebnis als die Schüler aus den Kontrollklassen ($T=2,7>2,36$; $\alpha=0,01$; einseitig). Dies traf sowohl für die



Abbildung 9.42

Versuchs- und Kontrollklassen als Ganzes, wie auch für beide Versuchsklassen im Vergleich zu ihren unmittelbaren Kontrollklassen zu.⁸⁵³

Des Weiteren ergaben sich keine Differenzen zwischen den Kindern der verschiedenen Schulen, zwischen Jungen und Mädchen ($T=1,4 < 1,98$) und zwischen Schülern mit deutscher bzw. nicht-deutscher Muttersprache ($T=0,5 < 1,98$; jeweils $\alpha > 0,05$).

Ernährung

(6 Fragen, max. 11 Punkte, durchschnittlich erreichte Punktzahl: 7,5 (68,2%))

Die Inhalte zur gesunden Ernährung im 2. Schuljahr thematisierten neben der Kochpraxis in einer theoretischen Einheit die Bedeutung und die Zusammensetzung einer vitaminreichen Kost. Die in den zusätzlichen Unterrichtseinheiten des Projekts vermittelten Wissenssegmente wurden mit der Erhebung am Ende des 2. Schuljahres abgefragt.

Nahezu jeder Schüler gab an, zu wissen, was Vitamine sind; lediglich sieben (6%) der 120 interviewten Kinder verneinten diese Frage. Die Nachfrage „*Wo findest du Vitamine?*“ konnten 78% der Schüler mit richtigen Beispielen beantworten. Dabei zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Versuchs- und Kontrollklassen. In der Regel wurden auf diese Fragen verschiedene Obstsorten aufgelistet, seltener dagegen wurden Gemüse und Salate erwähnt. Nennungen, wie „*in der Apotheke*“, „*beim Arzt*“ oder „*in Tabletten*“ mögen zwar in gewisser Hinsicht auch richtig sein, wurden aber vor dem Hintergrund der durchgeführten Unterrichtseinheiten als Falschantworten gewertet.

Auf die Frage „*Wozu braucht der Mensch Vitamine?*“ zeigten sich Unterschiede in den Antworten der Schüler aus der Versuchs- bzw. Kontrollgruppe, demnach die Versuchsklassenschüler quantitativ mehr und teilweise auch detailliertere Gründe angeben konnten. Die häufigsten Antworten lauteten hierbei „*um gesund zu sein*“, „*um fit zu werden*“. Andere Kinder konnten physiologische Zusammenhänge benennen, etwa „*um die Abwehrkräfte zu stärken*“ oder „*um groß und stark zu werden und in der Schule gut aufpassen zu können*“. Von den Kindern aus den Versuchsklassen konnten insgesamt 84% der Schüler derartige Gründe benennen, in den Kontrollklassen lag der Anteil nur bei 67%.

Bei einer weiteren Aufgabe sollten die Schüler aus einer Liste von Lebensmitteln diejenigen auswählen, in denen das Vitamin C enthalten ist. Dabei gaben die Schüler aus den Versuchsklassen häufiger eine richtige Antwort (vgl. Abbildung 9.43). Letztlich wurde die Differenz in der Summe der richtigen Antworten zwischen Versuchs- und Kontrollklassen allerdings nicht signifikant ($T=1,3 < 1,66$; $\alpha > 0,05$).

⁸⁵³ $T=1,8 > 1,66$; $\alpha=0,05$; einseitig (Versuchsschule 2) und $T=2,9 > 2,36$; $\alpha=0,01$; jeweils einseitig (Versuchsschule 1).

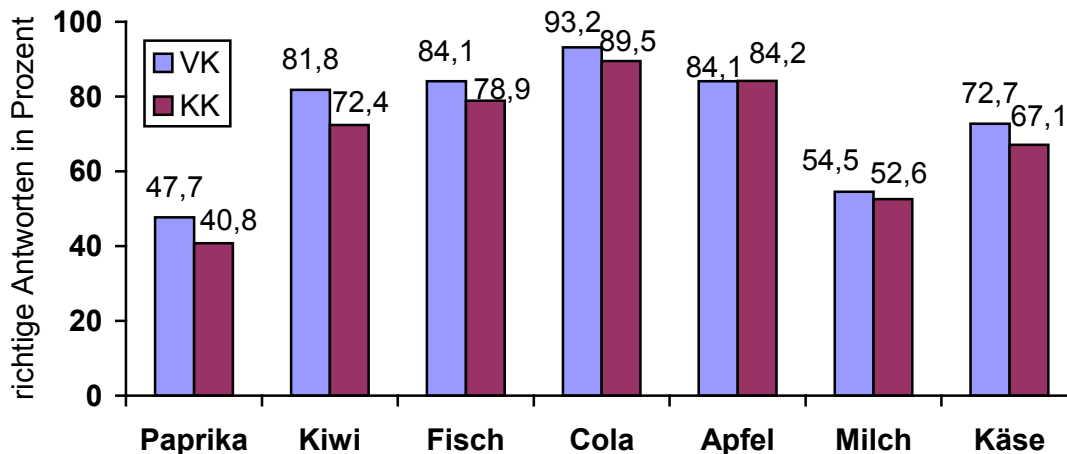


Abbildung 9.43: Anteil richtiger Antworten (in Prozent) auf die Frage, ob in dem jeweiligen Nahrungsmittel das Vitamin C enthalten ist. Für 120 Kinder aus den vier untersuchten Schulen.⁸⁵⁴

Von den befragten 120 Schülern gaben 29% (annähernd gleiche Werte in Versuchs- und Kontrollklassen) an, dass sie „sich zu Hause schon ein Mal selbstständig etwas zu essen“ gemacht hätten. Bei 20% der Angaben wurde in diesem Zusammenhang eine vitaminhaltige Speise (Obst, Gemüse, Rohkost) erwähnt. Der Anteil war in den Kontrollklassen nahezu doppelt so groß (24%) wie in den Versuchsklassen (13%).

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass am Ende des 2. Schuljahres noch keine konsistenten Auswirkungen der Ernährungserziehung in den Versuchsklassen nachweisen ließen.

Diebstahlprävention

Bei einer von der Polizei durchgeführten Unterrichtseinheit im 2. Schuljahr wurden die Schüler für die Unterschiede des Stehlens, Schenkens und Leihens sensibilisiert. In der Befragung im Sommer 2004 wurde dieses Thema mit einer kleinen Bildgeschichte eingeführt, in der ein Kind einem anderen Kind einen zuvor „verliehenen“ Teddybären nicht zurückgeben wollte. Im Anschluss an dieses Bild wurden die Schüler um ihre Einschätzung der Geschichte gebeten. Des Weiteren wurden sie gefragt, ob ihnen schon ein Mal etwas „Ähnliches passiert sei“, bzw. ob ihnen schon ein Mal etwas „geklaut“ wurde. Die Kinder, die eine dieser beiden Fragen bejahten, sollten den Vorfall beschreiben und schildern, wie sie bzw. ihre Eltern sich in dieser Situation verhalten haben.

Der Anteil der Kinder, die behaupteten, dass ihnen schon Ähnliches passiert oder dass ihnen schon etwas gestohlen worden sei, lag bei 37% bzw. 44%; lediglich 41% der Schüler verneinten beide Fragen. Das Spektrum der entwendeten Gegenstände reichte von Kleinigkeiten, wie Stiften, Radiergummis oder Süßigkeiten, bis hin zu wertvollen Gegenständen, wie einem Fahrrad, einer Jacke oder - in zwei Fällen - dem Diebstahl einer Spielkonsole. In den meisten Fällen (49%) handelte es sich

⁸⁵⁴ Richtige Antworten: Paprika, Kiwi, Apfel. Der Vitamin C-Gehalt in Milchprodukten ist sehr gering.

jedoch nur um (Spiel-)waren mit geringem Materialwert, unter denen der Diebstahl von Sammel- und Spielkarten nochmals den größten Anteil einnahm.

Sofern dies von den Schülern angegeben werden konnte, ließen sich die möglichen Tatverdächtigen drei verschiedenen Gruppen zuordnen: „Freunde“, „Mitschüler“ und „Fremde“. Dabei wurden diesen drei Gruppen in etwa gleichermaßen oft für die Diebstähle verantwortlich gemacht. Allerdings unterschieden sich die Tätergruppen nach dem Wert des gestohlenen Gegenstands: Unter Freunden kam es in erster Linie zum Streit um Spielwaren, wobei dies bisweilen auch schon teure Computerspiele sein konnten. Die Mitschüler wurde v.a. für das Verschwinden von kleineren Gegenständen, wie „Schreibwaren“, „Süßigkeiten“ oder auch „Spielsachen“ verantwortlich gemacht. Je wertvoller der gestohlene Gegenstand war, desto häufiger wurde ein fremder, unbekannter Täter vermutet.

Nach dem Verlust der Sachen waren in der Regel die Eltern die ersten Ansprechpartner, die v.a. dann, wenn der „Täter“ bekannt war, meistens für eine Klärung der Angelegenheit sorgten. In Ausnahmefällen wurde ein Diebstahl den Eltern verheimlicht, so z.B. bei dem Diebstahl eines „Gameboys“, der einem Jungen in der Schule gestohlen wurde. Da die Eltern dem Kind verboten hatten, den „Gameboy“ mit in die Schule zu nehmen, verschwieg das Kind den Diebstahl. Insgesamt schilderten fünf Kinder, dass sie aus Angst vor einer zusätzlichen Bestrafung durch die Eltern nichts von dem Diebstahl erzählt hatten. Eine ähnliche Funktion wie die Eltern übernahm der Lehrer/die Lehrerin, sofern die Gegenstände in der Schule verschwunden waren. Lediglich in vier Fällen wurde bei der Polizei eine Anzeige erstattet, u.a. bei dem Diebstahl des Fahrrads oder bei dem „Verschwinden“ von Haustürschlüsseln.

9.5.3.2.4 Ergebnisse der Untersuchung am Ende des 3. Schuljahres (2005)

Mit der im Sommer 2005 durchgeführten Untersuchungsreihe wurden anhand einer Bildermappe und dem zugehörigen Protokollbogen die Daten von 124 Kindern (58 Jungen und 59 Mädchen; in sieben Fällen war das Geschlecht nicht angegeben worden) erhoben. Der Anteil der Schüler mit nicht-deutscher Muttersprache betrug 27%. Darunter stellten die türkischen Kinder die größte Gruppe (42%) dar. Die Kinderbefragungen wurden vom 09. Juni bis zum 05. Juli 2005 durchgeführt.

Mit der Kinderbefragung sollten die Auswirkungen der von den Projektpartnern eingesetzten Interventionsmaßnahmen evaluiert werden. Hierbei wurde zum einen das bewährte Schema

- der Gefahrenerkennung,
- der Ursachenbeschreibung und
- der Benennung präventiver Maßnahmen zur Gefahrenvermeidung abgefragt, zum anderen sollten die Schüler konkrete, in den Unterrichtseinheiten vermittelte Wissensinhalte bei den verschiedenen (Bild-)aufgaben und Fragestellungen anwenden.

Im ersten Teil wurden die Kinder gebeten, sieben Bildaufgaben zum Themenbereich „Straßenverkehr“ (unterteilt in Radfahren/Inline-Skaten und Busnutzung) und zwei Bildaufgaben zu den Gefahren im Umgang mit Strom zu beantworten. Bei diesem

ersten Aufgabenteil wurden insgesamt 72 Punkte vergeben. Der Anteil der Gefahrenbilder an den Inhalten der Gesamtbefragung war in dieser Untersuchung geringer als in den Vorjahren, daher sank auch deren Stellenwert im Gesamtergebnis etwas. Ein zweiter, stärker durch Fragen strukturierter Teil der Erhebung behandelte die Themen „Gesunde Ernährung/Ernährungsgewohnheiten“, „Rückenfreundliche Bewegung“, „Sicherer Umgang mit Streichhölzern“/„Brennbare bzw. nicht brennbare Stoffe“ sowie nochmals „Gefahren im Zusammenhang mit Strom“. Innerhalb dieses zweiten Befragungsteils wurden weitere 37 Punkte vergeben, sodass insgesamt 109 Punkte erzielt werden konnten. Nicht mit in das Punktesystem eingereicht wurden die Bildaufgaben zur „Konfliktvermeidung/Streitschlichtung“, die den Abschluss der Befragung bildeten.

Gesamtergebnis

Angesichts der verschiedenen Inhalte hat das Gesamtergebnis über alle Befragungsbestandteile für die Evaluation der einzelnen Interventionseinheiten nur eine vergleichsweise geringe Aussagekraft. Dennoch ermöglicht das Gesamtergebnis einen ersten Überblick über den Erfolg der bis dahin absolvierten Interventionsmaßnahmen.

Von den 109 zu erzielenden Punkten erreichten die 124 Schüler im Durchschnitt 71 Punkte (65,2%), die Standardabweichung betrug 8,3 Punkte. Die höchste erreichte Punktzahl lag bei 88, die niedrigste bei 49 Punkten. Hinsichtlich der verschiedenen Teilstichproben erzielten die beiden Versuchsklassen die meisten Punkte (vgl. Abbildung 9.44). Der Unterschied zwischen den Versuchs- und den Kontrollklassen war dabei auf einem Niveau von $\alpha=0,001$ ($T=4,1>3,37$) als hoch signifikant anzusehen.

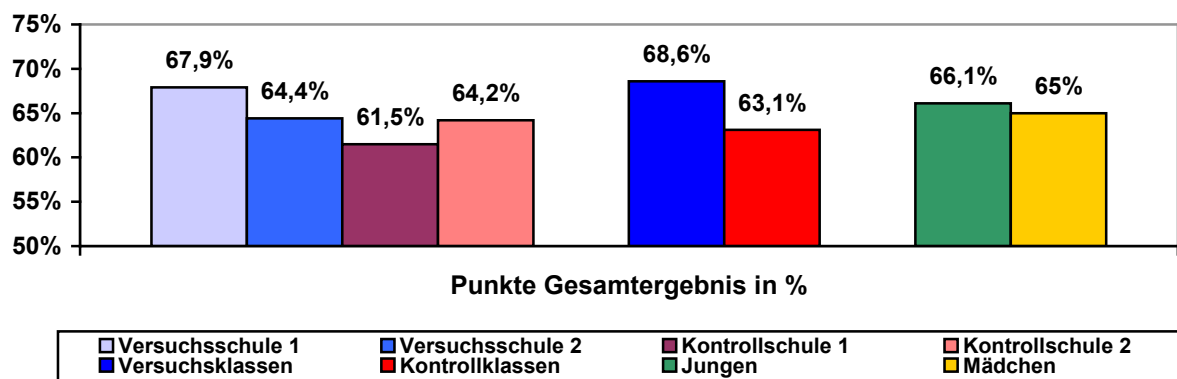


Abbildung 9.44: Gesamtergebnis der Befragung zum Ende des 3. Schuljahres (ohne die Bildaufgaben zur Konfliktbewältigung) für 124 Kinder aus den vier untersuchten Schulen.

Ergebnis Bildaufgaben

Bei den neun Bildaufgaben des ersten Befragungsteils konnten insgesamt 72 Punkte erzielt werden. Hiervon erreichten die Schüler im Durchschnitt 42,9 Punkte (59,6%), die Standardabweichung betrug 5,8 Punkte. Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($T=2,43>2,36$; $\alpha=0,01$; einseitig) zwischen den Antworten der Kinder aus

den Versuchs- und denen aus den Kontrollklassen, wonach die Schüler aus der Versuchsgruppe (61,9% der zu erzielenden Punkte) die verschiedenen Bildaufgaben auf einem höheren Niveau beantwortet hatten als die Kontrollgruppe (58,3% der Punkte).

Die neun Gefahrenbilder ließen sich den Themenfeldern „Gefahren im Umgang mit Strom“ (zwei Motive), „Bus-Schule“ (drei Motive) und „Gefahren beim Radfahren und Inline-Skaten“ (vier Motive) zuordnen. In Abbildung 9.45 sind die Ergebnisse zu diesen drei Bereichen als Relation von der Versuchs- zur Kontrollgruppe dargestellt. Dabei ist zu erkennen, dass die Versuchsklassen in allen drei Gebieten deskriptiv mehr Punkte erzielten, die Differenz wurde allerdings nur bei den Gefahren im Umgang mit Strom signifikant ($T=2,39 > 2,36$; $\alpha=0,01$; einseitig).

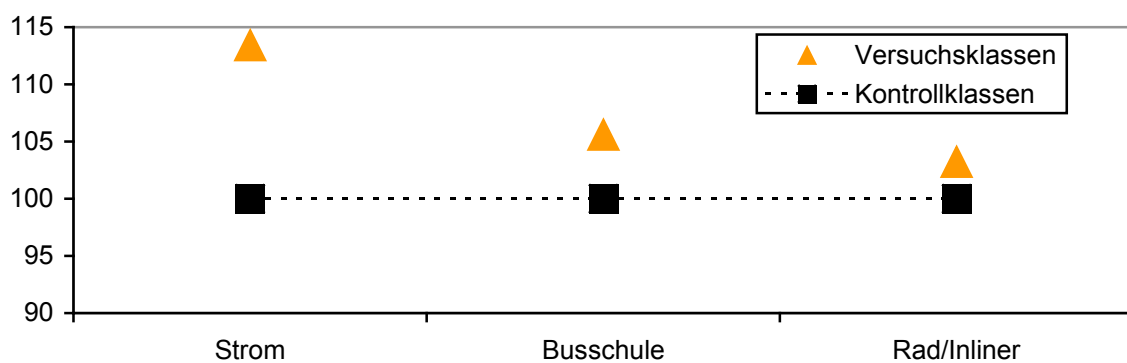


Abbildung 9.45: Ergebnis der Gefahrenbilder aus den Bereichen „Strom“, „Bus-Schule“ und „Gefahren beim Radfahren und Inline-Skaten“, unterteilt nach Versuchs- und Kontrollklassen. Die Werte der Kontrollgruppe wurden (=100) gesetzt und das Ergebnis der Versuchsgruppe dazu in Relation gesetzt. Daten für 124 Kinder aus den vier untersuchten Schulen.

Die beiden verkehrspädagogischen Teilgebiete verfehlten im Einzelnen die Signifikanzgrenze zwar knapp ($T=1,5$ bzw. $1,2 < 1,66$; $\alpha > 0,05$), fasste man aber beide Bereiche unter der Rubrik „Gefahren im Straßenverkehr“ zusammen, so erreichten die Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollklassen ein signifikantes Ausmaß ($T=1,7 > 1,66$; $\alpha=0,01$; einseitig)⁸⁵⁵. Allerdings war auch zu erkennen, dass sich die Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollklassen in den letzten beiden Jahren abgeschwächt hatten (siehe Abbildung 9.46).

⁸⁵⁵ Ursache ist eine (im Verhältnis gesehen) geringere Standardabweichung in der Summe beider Einzelergebnisse.

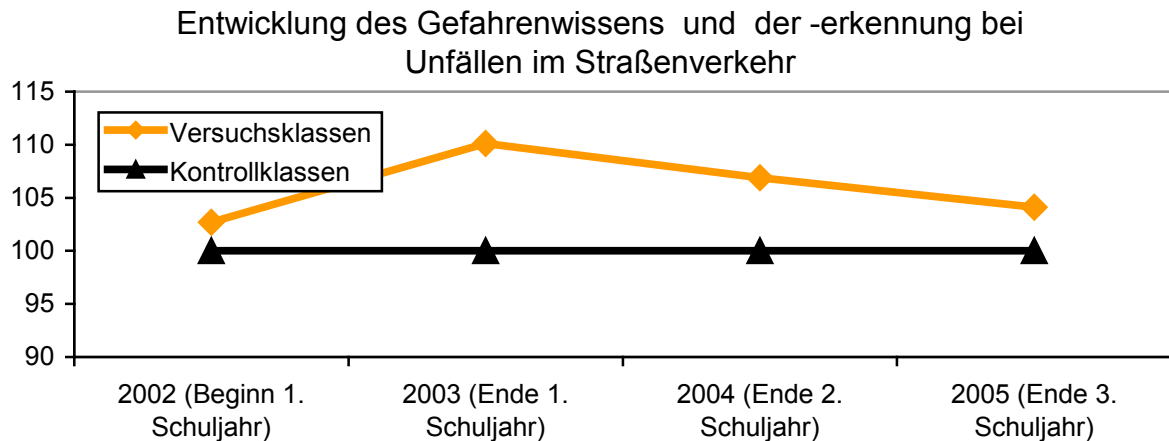


Abbildung 9.46: Entwicklung des Gefahrenwissens und der Gefahrenerkennung zu Unfallgefahren im Straßenverkehr (inkl. Bus-Schule) bei den Versuchs- und den Kontrollklassen im Laufe der ersten vier Erhebungen. Angaben für 116 (2002), 122 (2003), 120 (2004) und 124 (2005) Kinder aus den vier untersuchten Schulen.

Die in den letzten Jahren beobachteten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen ließen sich am Ende des 3. Schuljahres nicht mehr feststellen. Die Differenz zwischen den Geschlechtern wurde ebenso wenig signifikant wie die zwischen den Schülern mit deutscher bzw. nicht-deutscher Muttersprache, bzw. eine Unterscheidung zwischen den vier beteiligten Schulen (jeweils $\alpha > 0,05$).

Das Interventionsprogramm „Bus-Schule“ der VER wurde im 2. Schuljahr durchgeführt, sodass die vorliegenden Daten die Langzeitwirkung der Maßnahme evaluierte. Dabei war zu erwarten gewesen, dass sich ohne entsprechende Unterrichtseinheiten im 3. Schuljahr die Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe abgeschwächt hätten.

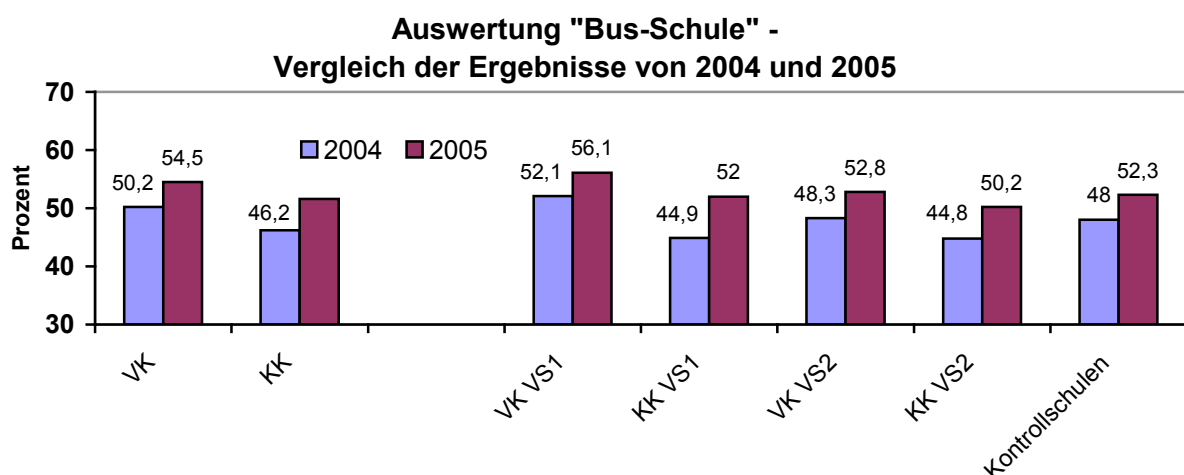


Abbildung 9.47: Ergebnisse der Bildaufgaben zu Gefahren bei der Bus-Nutzung für die verschiedenen Teilstichproben aus den Erhebungen vom Ende des 2. und Ende des 3. Schuljahres. Daten für 120 (2004) und 124 (2005) Kinder aus den vier untersuchten Schulen.

Wie zu erkennen ist, hatten sich die Ergebnisse aller Teilstichproben zu den in den Befragungen von 2004 und 2005 identischen Bildaufgaben der „Bus-Schule“ verbessert. Diese Beobachtung unterstreicht die unter 9.5.3.1 skizzierten Aussagen zur Entwicklung des allgemeinen Sicherheitsbewusstseins im Grundschulalter. Darüber hinaus wurde deutlich, dass nicht etwa die Versuchsklassen die Inhalte aus dem 2. Schuljahr „vergessen“ hatten, sondern dass vielmehr die Kontrollklassenkinder den durch die Intervention erzielten Vorsprung der Versuchsklassenkinder - vermutlich durch die allgemeine kognitive Entwicklung - im Laufe des 3. Schuljahres teilweise aufgeholt hatten. Allerdings entwickelten sich auch die Schüler aus der Versuchsklasse weiter und erzielten nach wie vor die höchsten Ergebnisse (Versuchsschule 1: 56% der Punkte; Versuchsschule 2: 53%). Zur Erklärung für das Sich-Annähern von Versuchs- und Kontrollgruppe ist eventuell auch ein Regressionseffekt⁸⁵⁶ zu erwägen, demnach die Entwicklungsmöglichkeiten der Versuchsklassen durch die höheren Werte im Jahre 2004 von vornherein geringer waren als die der Kontrollklassen.

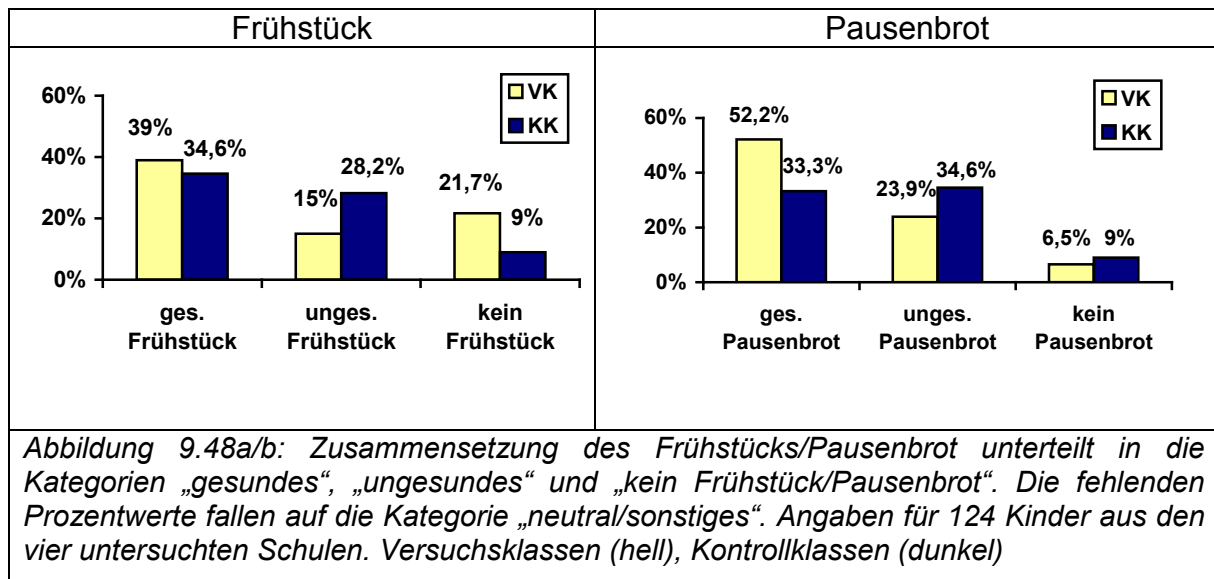
Ernährung

Die verschiedenen Angebote seitens der AOK versuchten - sowohl bei Eltern wie auch bei den Schülern - Einstellungs- und Verhaltensänderungen hin zu einer gesünderen Ernährungsweise zu bewirken. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass die angebotenen Rezepte und Ratschläge im Alltag möglichst leicht und kostengünstig umzusetzen waren. Hierzu zählten bspw. Vorschläge wie etwa Obst, Gemüse oder Rohkost abwechslungsreich in die alltäglichen Ernährungsgewohnheiten einfließen können. Mit der Erhebung sollte erfasst werden, inwieweit diese Empfehlungen berücksichtigt wurden.

Betrachtet man die Angaben, die zum morgendlichen Frühstück gemacht wurden, fällt auf, dass die Kinder aus den Versuchsklassen zwar nicht unbedingt explizit „gesund“ frühstückten, aber seltener ein „ungesundes“ Frühstück nannten als die Kontrollklassenkinder. In den Abbildungen 9.48a/b sind die genannten Speisen nach „gesund“ (Obst, Rohkost, Müsli, Vollkornbrot, Milchprodukte) bzw. eher „ungesund“ (Nutellabrot, Schokobrötchen, Kuchen, Süßigkeiten, Toastbrot) Bestandteilen eingeteilt worden. Aus Ernährungsgesichtspunkten vermutlich eher „neutrale“ Frühstücksspeisen (Käse-, Salamibrot, etc.) wurden nicht berücksichtigt, zusätzlich wurde stattdessen aus den oben genannten Gründen die Kategorie „kein Frühstück“ mit in die Darstellung aufgenommen. 14 Prozent der Kinder hatten am Tag der Kinderbefragung zu Hause kein Frühstück zu sich genommen, auffällig war, dass der größere Teil dieser Kinder aus den Versuchsklassen kam - gleichermaßen von beiden Versuchsschulen.

Die in Tabelle 9.48a/b aufgelisteten Zahlen für die Versuchs- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht signifikant (Frühstück: $\chi^2=5,62<5,91$; $df=2$; $\alpha>0,05$; Pausenbrot: $\chi^2=3,66<5,91$; $df=2$; $\alpha>0,05$)

⁸⁵⁶ Eine anschauliche Verdeutlichung von Regressionseffekten findet sich in Diekmann: Empirische Sozialforschung, S. 313.



Bereits im 1. Schuljahr waren die Kinder nach der Zusammensetzung ihres „Pausenbrotes“ gefragt worden. Acht Kinder (=4%) hatten zu diesem Erhebungszeitpunkt am Befragungstag kein Schulfrühstück dabei, dieser Wert war am Ende des 3. Schuljahres mit 8% doppelt so groß. Ein Kind gab am Ende des 3. Schuljahres an, weder zu Hause noch in der Schule zu frühstücken.

Sowohl zu Beginn des 1. Schuljahres wie auch am Ende des 3. Schuljahres wurden zuckerhaltige Softdrinks (Cola, Fanta, u.ä.) nur in Ausnahmefällen als Getränke des Schulfrühstücks genannt. Zum Einschulungszeitpunkt waren es acht Kinder (=4%), die solche Getränke bei sich hatten, am Ende des 3. Schuljahres waren es drei Kinder (=2,5%). Laut Klassenregelung waren diese Softdrinks in allen Klassen untersagt, zumeist tranken die Kinder Milch, Kakao oder Mineralwasser.

Zu Beginn des 1. Schuljahres betrug der Anteil von Obst und Rohkost am Schulfrühstück ca. 21%, im 3. Schuljahr war er auf 27% angestiegen, d.h. ungefähr jedes vierte Schulfrühstück beinhaltete Obst und/oder Rohkost. Überdurchschnittlich gestiegen war dabei der Wert in den Versuchsklassen (von 21% auf 36%), bei den Kontrollklassen lag er nahezu unverändert bei 22%. Ansonsten nahm mehr als jeder zweite Schüler aus den Versuchsklassen ein gesundes Pausenbrot (Einteilung s.o.) mit in die Schule, in den Kontrollklassen war der Anteil (ein Drittel der Kinder) deutlich niedriger. Entsprechend höher lag dort der Prozentsatz der Schüler, die eher ungesunde Lebensmittel während der Pause verzehrten. Damit konnte auf das Schulfrühstück bezogen eine Auswirkung der Ernährungsberatung beobachtet werden, wobei gerade Ernährungsgewohnheiten als interventionsresistente Verhaltensmuster angesehen werden.

Es gab einen mittelstarken, positiven Zusammenhang ($\gamma=0,33$), demnach diejenigen Kinder, die zu Hause ein gesundes Frühstück bekamen, auch eher ein *gesundes* Pausenbrot mit in die Schule nahmen. Darüber hinaus stammten 80% der Kinder, die sowohl ein *ungesundes* Frühstück wie auch ein eher *ungesundes* Pausenbrot angaben, aus den Kontrollklassen. Auch dies kann als Hinweis auf unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten in den Versuchs- und Kontrollklassen gedeutet werden.

Zusätzlich wurden den Kindern drei Wissensfragen⁸⁵⁷ zur gesunden Ernährung gestellt, bei denen bis zu drei Punkte erzielt werden konnten. Bei den Antworten zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollklasse an der Versuchsschule 1 (VK: Ø 2,3 Punkte; KK: Ø 1,1 Punkte). An der Versuchsschule 2 konnten die Versuchsklassenkinder (Ø 1,4 Punkte) dagegen keine besseren Ergebnisse erzielen als die Kinder aus der Kontrollklasse (Ø 1,6 Punkte). Auffällig war zudem, dass die beiden Kontrollschulen ebenfalls mehr Punkte erreichten (Ø 1,7 Punkte) als die Versuchsklasse der Versuchsschule 2. Weiterhin konnte eine schwache Tendenz ($\gamma=0,16$) beobachtet werden, wonach diejenigen Kinder, die bei den Wissensfragen eine höhere Punktzahl erreichten, auch häufiger ein gesundes Pausenbrot angaben.

Mit einer letzten Frage wurde erhoben, inwieweit sich die Schüler aus den Versuchsklassen an die Zusammensetzung des durchgeführten „Frühstücks-Büffets“ erinnerten. Auf die entsprechende Frage konnten alle 45 Schüler die richtige Antwort geben.

Schulranzen-TÜV / Kinderrückenschule

Bereits im 1. Schuljahr war zur Vorbereitung der im 2. Schuljahr einsetzenden Kinderrückenschule der so genannte „Schulranzen-TÜV“ durchgeführt worden, mit den Zielen

- *„[...] Eltern, Lehrer und Kinder auf das Problem ‘Schulranzen’ aufmerksam zu machen,*
- *zu schwere Schulranzen langfristig zu vermeiden,*
- *Trageeigenschaften von Schulranzen zu überprüfen und zu verbessern,*
- *und bleibendes Gesundheitsbewußtsein bei den Schulkindern zu wecken.“⁸⁵⁸*

Zur Evaluation dieser Maßnahme wurde bei der Durchführung der Kinderbefragung am Ende des 1. Schuljahres (kurzfristige Wirkung) und am Ende des 3. Schuljahres (langfristige Wirkung) die Schultasche jedes Kindes gewogen. Hierbei zeigte sich zu beiden Zeitpunkten, dass das Gewicht der Schultaschen der Kinder in den Versuchsklassen gegenüber den Kontrollklassen signifikant⁸⁵⁹ verringert werden konnte (vgl. Abbildung 9.49). Bei der kurzfristigen Messung zeigte sich eine durchschnittliche Differenz von 1,3 kg pro Schultasche aus der Versuchsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Das durchschnittliche Gewicht der Schulranzen betrug 3,3 kg. Zum Vergleich: Das durchschnittliche Gewicht der Kinder zu diesem Zeitpunkt lag bei 27,6 kg (vgl. Tabelle 5.1).

⁸⁵⁷ „Wie viele Portionen Obst und Gemüse solltest du am Tag essen?“; „Obst und Gemüse mit vielen wichtigen Vitaminen gibt es in vielen Farben. Stelle dir die Obst- und Gemüsesorten vor. Welche Farben haben sie?“; Wie viel (Mineral-)Wasser solltest du jeden Tag trinken?“

⁸⁵⁸ Fachverlag für die Gesundheitskasse in Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt und der AOK Ennepe-Ruhr (Hrsg.): Aktion „Schulranzen-TÜV“. Lehrerinformation, S. 5.

⁸⁵⁹ Ende des 1. Schuljahres: $T=8,7 > 3,09$; $\alpha=0,001$; Ende des 3. Schuljahres: $T=3,05 > 2,36$; $\alpha=0,01$.

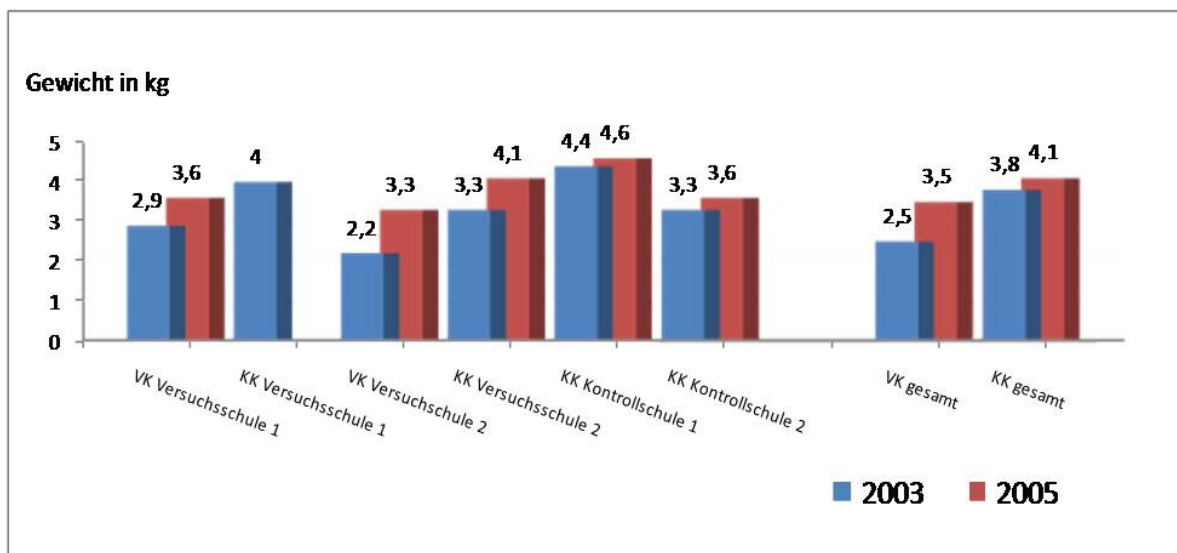


Abbildung 9.49: Durchschnittliches Gewicht der Schultaschen Ende des 1. Schuljahres (2003) und Ende des 3. Schuljahres (2005). An den vier Untersuchungsschulen und innerhalb der Versuchs- (VK) und Kontrollklassen (KK) für 123 Schüler (2003) bzw. 96 Schüler (2005). Die Daten der Kontrollklasse der Versuchsschule 1 lagen für 2005 nicht vor.

Erwartungsgemäß hatten sich die großen Unterschiede im Laufe der beiden Jahre bei der langfristigen Messung am Ende des 3. Schuljahres abgeschwächt, dennoch ließ sich auch bei dieser Erhebung noch ein signifikanter Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollklassen nachweisen. Das durchschnittliche Gewicht der Schultaschen in den Versuchsklassen betrug mit 3,5 kg ca. 0,6 kg weniger (=15%) als das der Tasche der Kontrollklassenkinder (4,1 kg). Insgesamt war das Gewicht im Durchschnitt von 3,3 kg auf 3,8 kg angestiegen. Zu diesem Erhebungszeitpunkt lag das durchschnittliche Körpergewicht der Kinder bei 34,1 kg (vgl. Tabelle 5.1).

Bei annähernd einem Drittel der Kinder (35%) wogen die Schultaschen am Endes 1. Schuljahres 4 kg oder noch mehr. Der höchste gemessene Wert betrug 5,7 kg. Unter denjenigen 42 Kindern, deren Schultaschen 4 kg oder mehr wogen, waren lediglich zwei Schüler (5%) aus der Versuchsgruppe. Am Ende des 3. Schuljahres wogen die schwersten Taschen 6,2 kg. Etwa ein Drittel der Taschen wog 4,5 kg oder mehr. In den Versuchsklassen lag der Anteil der Taschen, die diesen Grenzwert erreichten, bei 14%; in den Kontrollklassen hatten 43% der Ranzen dieses Gewicht. Nur eines der Versuchsklassenkinder trug eine Tasche, die mehr als 5 kg wog. Es zeigte sich somit, dass die Unterrichtseinheit zum Schulranzen-TÜV nicht nur das durchschnittliche Gewicht der Schultaschen deutlich reduzierte, sondern auch, dass gerade die gesundheitsschädlichen Extremwerte vermieden werden konnten. Insgesamt kann daher von einer nachhaltig positiven Wirkung des Schulranzen-TÜVs auf die Tragegewohnheiten der Kinder ausgegangen werden.

Eine weitere Interventionsmaßnahme im 3. Schuljahr stellte die AOK-Kinderrückenschule „Mach mit bei Felix Fit!“ dar. Mit diesem Programm waren motorische, kognitive, motivationale und soziale Ziele verbunden.

Evaluiert wurden die durchgeführten Unterrichtsstunden am Ende des 3. Schuljahres mit sechs Bildaufgaben⁸⁶⁰, bei denen die Schüler rückenfreundliches und -schädigendes Verhalten unterscheiden mussten. Die abgebildeten Inhalte orientierten sich an den Vorgaben zum rückenfreundlichen Bücken, Heben, Tragen (zwei Bildmotive), Sitzen und Stehen. In der Kinderrückenschule war das rückengesunde Verhalten u.a. mit den folgenden Merksätzen vermittelt worden:⁸⁶¹

Bücken: *Bück` dich nie ganz krumm und eilig
dein Rücken wird sonst schnell ganz leidig –
die Füße am Boden, so geht`s in die Knie,
Schmerzen und Klagen, das kennst du dann nie.*

Heben: *Hebe niemals mit einem runden Rücken,
du wirst die Wirbelsäule beglücken;
halt` ihn gerade, so hock` dich herunter –
streck` aus den Beinen, gesund und munter.*

Tragen: *Tragen fällt den Kindern schwer,
belastet das den Rücken sehr,
trägst du aber körpernah,
ist die Last fast gar nicht da.*

Stehen: *Steh` stets mit geradem Rücken,
die Knie nie ganz durchdrücken.*

Sitzen: *Sitzt du häufig, sitzt Du krumm,
das ist für den Rücken dumm,
sitzt du gerade und bewegt,
das ist`s, was den Rücken pflegt.*

Über alle sechs Bilder hinweg zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied ($T=3,87>3,37$; $\alpha=0,001$), demnach die Kinder aus den Versuchsklassen das rückenfreundliche Verhalten auf den Bildern wesentlich häufiger benennen konnten als die Kinder aus den Kontrollklassen. Mehr als $\frac{3}{4}$ aller Kinder (78%) aus den Versuchsklassen konnten alle sechs Bildaufgaben fehlerfrei beantworten, in den Kontrollklassen gelang dies nur jedem zweiten Schüler (47%). Bemerkenswert war das hohe Wissen der Kinder in den beiden Kontrollschulen (63% ohne Fehler). Die Differenzen im direkten Vergleich zwischen den jeweiligen Versuchs- und Kontrollgruppen an den beiden Versuchsschulen sind daher um einiges höher, wie aus Abbildung 9.50 zu erkennen ist.

⁸⁶⁰ Die Bildaufgaben waren dem Material der Rückenschule entlehnt, wurden aber sinngemäß neu in Szene gesetzt, um der tendenziell suggestiven Wirkung der in dem Kursdurchgang verwendeten Figuren entgegenzuwirken.

⁸⁶¹ AOK Westfalen-Lippe & Weserberglandklinik Höxter (Hrsg.): AOK-Kinderrückenschule: Mach mit bei Felix Fit, S. 19, 29 und 33.

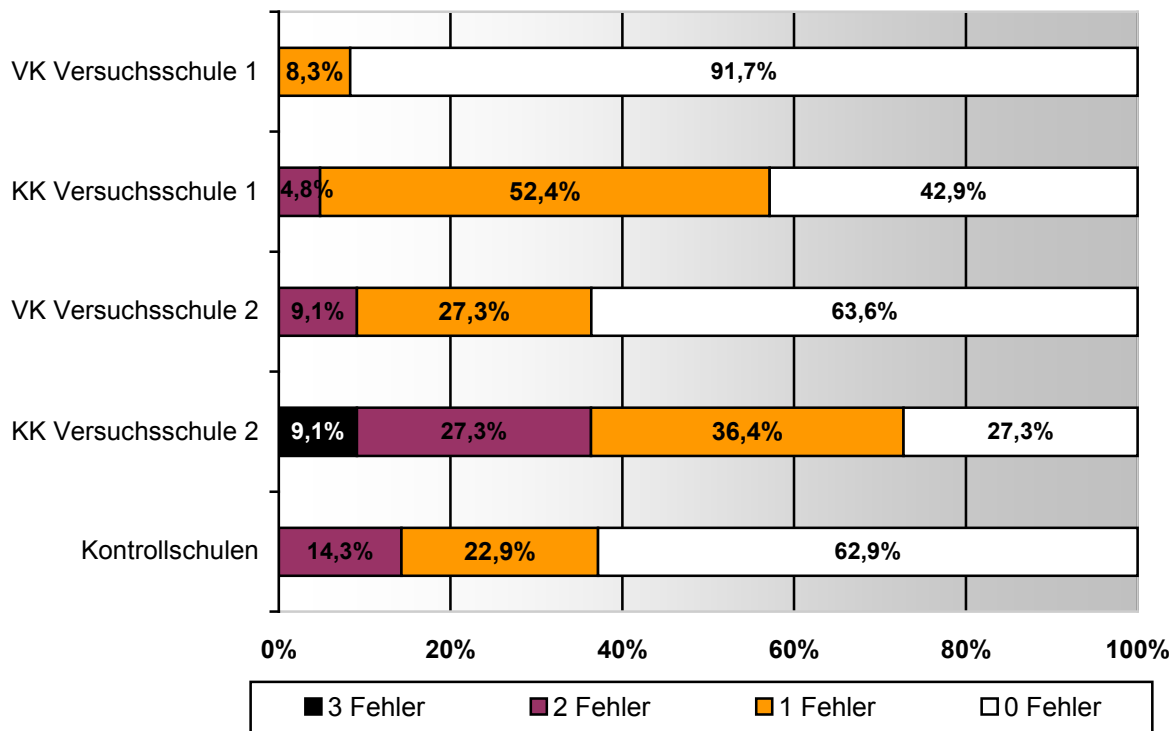


Abbildung 9.50: Fehlerzahl bei den sechs Bildaufgaben zur Kinderrückenschule für 124 Kinder aus den vier untersuchten Schulen.

Die größten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe ergaben sich bei den Motiven zum rückfreundlichen Heben (eine Differenz von 17% zwischen Versuchs- und Kontrollklassen) bzw. Sitzen (19%). Keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$) waren dagegen bei der Unterscheidung nach dem Geschlecht der Kinder ($T = 0,2 < 1,98$) bzw. nach Schüler mit deutscher und nicht-deutscher Muttersprache ($T = 1,7 < 1,98$) festzustellen.

Betrachtet man die Rangplätze der einzelnen Klassen⁸⁶² bei den Antworten zur Rückenschule und dem Ergebnis des Schulranzen-TÜVs wird deutlich, dass die Schultaschen, in den Klassen, deren Kinder viele Punkte bei den Bildaufgaben zur Rückenschule erzielten, auch beim Schulranzen-TÜV ein geringes Durchschnittsgewicht aufwiesen ($r_s = 0,6$). Damit wirkten sich die Unterrichtseinheiten zur Kinderrückenschule sowohl auf das Wissen der Kinder zur Rückengesundheit als auch auf das tatsächliche Verhalten der Kinder im Alltag positiv aus.

Brandschutz / Gefahren im Umgang mit Feuer

Die Interventionsmaßnahmen der Feuerwehr im 3. Schuljahr beinhalteten das „Wissen über Feuer“ und „Gefahren des Feuers/eines Brandes“. Außerdem wurden die bereits in den vorhergehenden Jahren angesprochenen Inhalte nochmals

⁸⁶² Da die Anonymität der Kinder bei der Erhebung gewahrt wurde, können Daten, die mit verschiedenen Instrumenten erfasst wurden, nicht direkt miteinander in Beziehung gesetzt werden. Der Zusammenhang muss dann über die verschiedenen Teilstichproben (hier: Klassen) hergestellt werden.

wiederholt und vertieft. Ein zentraler Aspekt stellte dabei der sichere Umgang mit Zündmitteln dar, speziell mit Streichhölzern, da diese - erst einmal entflammt - im Gegensatz zu Feuerzeugen gerade dann eine Bedrohung darstellen, wenn sie fallen gelassen werden oder wieder gelöscht werden sollen.

Bei der ersten Aufgabe sollten die Kinder aus einer Abbildung verschiedener Streichhölzer diejenigen auswählen, deren Anzünden ungefährlich ist und solche ablehnen, die, weil sie zu kurz, angebrochen oder auf eine andere Art beschädigt, beim Gebrauch eine Gefahr darstellen würden. Eine ähnliche Aufgabe wurde bei den Unterrichtseinheiten der Feuerwehr in den Versuchsklassen gestellt. Sie orientierte sich somit stark an den durchgeführten Brandschutzmaßnahmen, ließ sich aber dennoch auch ohne Zusatzwissen von den Kindern aus den Kontrollklassen richtig beantworten. Diese Annahme bestätigte sich, da insgesamt ca. 60% der Schüler alle neun Streichhölzer richtig beurteilten, wobei der entsprechende Anteil in den Versuchsklassen mit 83% wesentlich höher lag als in den Kontrollklassen (46%). Der Unterschied in den Antworten der Versuchs- und Kontrollgruppe war dabei auf einem Niveau von $\alpha=0,001$ als hoch signifikant ($T=4,3>3,37$) anzusehen. Diese Differenz fand sich auch beim Vergleich der beiden direkten Versuchs- und Kontrollgruppen an beiden Versuchsschulen wieder. Während kein Unterschied bei den Antworten von Jungen und Mädchen zu beobachten war ($T=1,56<1,98$; $\alpha>0,05$), lag das Ergebnis der Schüler mit nicht-deutscher Muttersprache signifikant unter dem ihrer muttersprachlich deutschen Mitschüler ($T=2,56>1,98$; $\alpha=0,05$), ohne dass zur Beantwortung dieser Aufgabe größere Sprachkenntnisse erforderlich waren.

Bei der zweiten Aufgabe wurden den Schülern drei unterschiedliche Möglichkeiten ein Streichholz zu löschen („*ausschlagen/ausschütteln*“, „*auspusten von der Seite*“ und „*auspusten von oben*“) angeboten. Die Schüler sollten sich für die sicherste Variante entscheiden. Von den drei angebotenen Möglichkeiten war die mittlere Lösung („*auspusten von der Seite*“) von den Brandschutzerziehern der Feuerwehr vermittelt worden, da hierbei die Gefahr eines Funkenflugs oder dem Entzünden von herabhängenden Haaren oder Kleidungsstücken vermieden werden kann. Bei den Antworten zu dieser Aufgabe gaben zwar die Schüler aus den Versuchsklassen tendenziell häufiger die gewünschte Antwort, der Unterschied wurde aber nicht signifikant ($\chi^2=0,78<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$), da sich wie Tabelle 9.6 verdeutlicht, generell nur relativ wenig Schüler für die beiden anderen Möglichkeiten entschieden. Dementsprechend konnten sich auch zwischen den anderen Teilstichproben keine nennenswerten Unterschiede ergeben.

Tabelle 9.6: Antworten auf die Frage „Wie würdest du das Streichholz ausmachen?“

	Ausschlagen/ ausschütteln	Von der Seite auspusten	Von oben auspusten
Versuchsklassen (n=46)	3 (6,5%)	41 (89,2%)	2 (4,3%)
Kontrollklassen (n=78)	8 (10,3%)	65 (83,3%)	5 (6,4%)
gesamt (n=124)	11 (8,9%)	106 (85,5%)	7 (5,6%)

Des Weiteren wurden exemplarisch für den Bereich „*Wissen über Feuer*“ die Kenntnisse der Kinder über brennbare bzw. nicht brennbare Stoffe abgefragt. Hierbei

sollten die Schüler die Entflammbarkeit verschiedener, im Alltag vorhandener Materialien und Gegenstände einschätzen. Relativ sicher war dabei die Einschätzung aller Kinder (unabhängig davon, ob aus der Versuchs- oder der Kontrollgruppe), dass die meisten (Bekleidungs-)Stoffe leicht brennen und Glas oder Metalle so gut wie gar nicht zu entzünden sind. Allerdings fiel den Kindern die Entscheidung nicht bei allen Stoffen so leicht: So wussten 17% der Schüler aus den Kontrollklassen nicht, dass Haare sehr schnell und gut brennen (VK: nur eine Falschantwort (=2%); $\chi^2=6,1>3,84$; $df=1$; $\alpha=0,05$), bzw. dass Styropor zu den schnellentzündbaren Kunststoffen gehört (richtige Antworten: VK: 94% - KK: 49%; $\chi^2=25,6>10,8$; $df=1$; $\alpha=0,001$). Ähnlich besser war auch die Einstufung von Schulkreide als nicht brennbaren Stoff in der Versuchsgruppe (74%) gegenüber den Schülern der Kontrollklassen (49%; $\chi^2=7,6>6,62$; $df=1$; $\alpha=0,01$). Insgesamt zeigten die Versuchsklassen somit ein hoch signifikant höheres Wissen über brennbare und nicht brennbare Materialien ($T=7,1>3,37$; $\alpha=0,001$).

Eine vergleichbare Aufgabe war den Kindern schon in der Befragung zu Beginn des 1. Schuljahres vorgelegt worden. Bereits damals zeichnete sich die Mehrheit der Schüler durch ein relativ hohes Vorwissen über brennbare und nicht brennbare Stoffe aus. So waren die verschiedenen Materialien im Durchschnitt von $\frac{3}{4}$ der Schüler aus Versuchs- und Kontrollklassen hinsichtlich ihrer Brennbarkeit richtig eingeschätzt worden. Tabelle 9.7 listet die Gegenstände auf, die in beiden Erhebungen abgefragt wurden und verdeutlicht den Wissenszuwachs in den Versuchsklassen im Vergleich zu der Kontrollgruppe:

Tabelle 9.7: Richtige Einschätzung von brennbaren bzw. nicht-brennbaren Stoffen in den Befragungen von 2002 und 2005

Material		2002	2005	Entwicklung
Glas	VK	74%	98%	+ 24%
	KK	79%	92%	+ 13%
Haare	VK	76%	98%	+ 22%
	KK	81%	83%	+ 2%
Metall (Schraube)	VK	79%	96%	+ 17%
	KK	79%	92%	+ 13%

Bemerkenswert ist jenseits der Frage nach dem Erfolg der Unterrichtseinheiten die Erkenntnis, dass ca. jedes fünfte Kind der Kontrollgruppe am Ende des 3. Schuljahres noch nicht wusste, dass Haare (oder auch Styropor - stellvertretend für die Vielzahl der im Alltag verwendeten Kunststoffe) zu den leicht entflammbaren Materialien gehören.

Betrachtet man die drei Aufgaben zur Brandschutzerziehung als Ganzes, so beantworteten die Schüler aus den Versuchsklassen die Fragen zu 95% richtig, der entsprechende Wert in den Kontrollklassen betrug nur 84%. Auch diese Differenz war als ein hoch signifikanter Unterschied anzusehen ($T=7,9>3,37$; $\alpha=0,001$) und traf im gleichen Maße auch für die jeweils direkten Vergleichsgruppen an beiden Versuchsschulen zu (vgl. Abbildung 9.51).

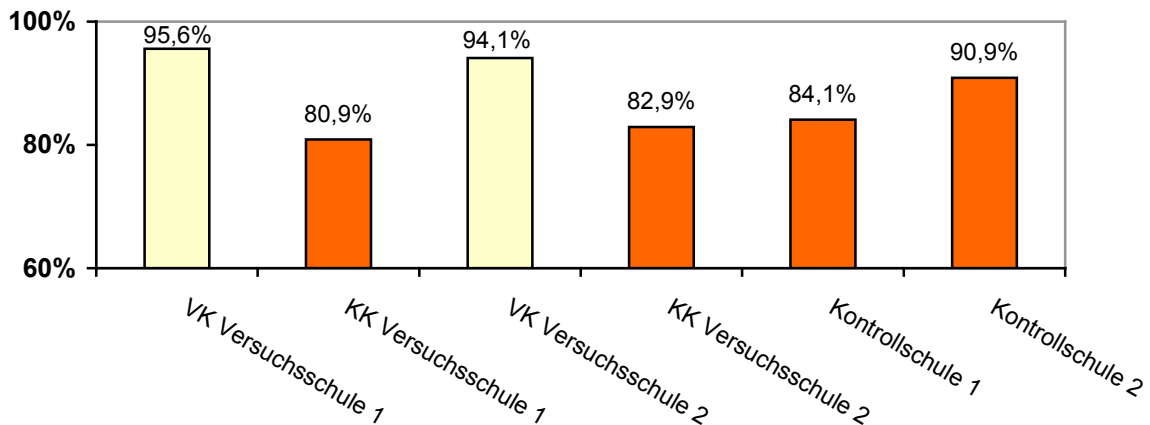


Abbildung 9.51: Prozentsatz der erzielten Punkte bei den drei Aufgaben zur Brandschutzerziehung für 124 Schüler aus den vier untersuchten Schulen. Die Versuchsklassen sind hell dargestellt.

Weiterhin wurden die Schüler gefragt, ob sie schon einmal ein anderes Kind dabei beobachtet haben, wie es heimlich mit Feuer „gespielt“ hat. Mit dieser Frage galt es herauszufinden, wie verbreitet das „Zündeln“ unter den Grundschulern ist, wodurch jährlich eine erhebliche Anzahl von Bränden verursacht wird (vgl. Kapitel 5.3.3.2). Auf diese Frage sagten 30 der 124 Kinder (=24%), dass sie schon einmal ein anderes Kind beim *Spiele*n mit Feuer beobachtet haben, weitere zwei, dass sie dies selbst schon getan haben. Insgesamt konnte also ein Viertel der Kinder die entsprechende Frage aus eigenen Erfahrungen bejahen. Einheitlich wurde ein solches „Zündeln“ von der Mehrheit der Schüler negativ bewertet. Der Tenor der meisten Kommentare lautete: „Man darf das nicht machen“, weil „es zu gefährlich ist“, denn „er/sie kann sich und andere verbrennen“. Daher würden sie andere Kinder, die sie beim Spielen mit Feuer beobachten würden, auffordern, damit „aufzuhören“, „Eltern, Feuerwehr oder Polizei Bescheid sagen“ oder selbst Maßnahmen einleiten („Streichhölzer wegnehmen“, „auspusten“, „Wasser zum Löschen holen“). Die 30 Schüler, die sagten, dass sie schon einmal andere Kinder beim Spielen mit Feuer beobachtet hätten, gaben auf Nachfrage, wie sich in dieser Situation verhalten haben, an, dass sie die zündelnden Kinder vor den Gefahren des Feuers gewarnt, ihnen die Zündmittel weggenommen oder die Eltern benachrichtigt hätten.





Gefahren im Umgang mit elektrischem Strom

Wie bereits weiter oben erwähnt, erzielten die Kinder aus den Versuchsklassen bei den beiden Bildaufgaben zum Themenbereich „Strom“ und „Unfälle im Zusammenhang mit Strom“ ein signifikant besseres Ergebnis ($T=2,39 > 2,36$; $\alpha=0,01$; einseitig). Zusätzlich zu diesen beiden Bildmotiven sollten sich die Schüler noch zu vier weiteren Aufgaben, bei denen ebenfalls potentielle Gefahrenquellen im Umgang mit Strom abgebildet waren, äußern. Diese vier Aufgaben waren dem der Unterrichtseinheit der AVU zu Grunde liegenden Arbeitsbuch „Glühbert, Wolfram und Turbine entdecken das Geheimnis der Elektrizität“⁸⁶³ entnommen. Von den dort

⁸⁶³ Verband der Elektrizitätswirtschaft (Hrsg.): Glühbert, Wolfram und Turbine entdecken das Geheimnis der Elektrizität, S. 28.

abgebildeten acht Motiven wurden vier ausgewählt (siehe Abbildungen in Tabelle 9.8), zu denen die Schüler begründen sollten, warum das damit verbundene Verhalten gefährlich sei. Der Schwerpunkt lag hierbei darauf, ob die Schüler die Stelle benennen konnten (z.B. das Wasser der Sprühpistole oder eine fehlende Kabelisolierung), durch die der gefährliche Kontakt mit dem Strom entstehen könnte. Wie bei den anderen Aufgaben wurden auch diese Antworten mit einem Punktesystem bewertet, um die verschiedenen Antworten und Teilstichproben zueinander in Beziehung setzen zu können.

Die Antworten wurden nach dem folgenden Schema kategorisiert:

Tabelle 9.8	Bild 1	Bild 2	Bild 3	Bild 4
				
Im Detail richtige Antwort	„Das Gerät ist noch angeschlossen, der Schraubenzieher ist aus Metall, das leitet den Strom zum Kind.“	„Wenn der Fön ins Wasser fällt bekommt das Kind einen Stromschlag, weil Wasser Strom gut leitet.“	„Stromschlag, weil die Kabelisolierung an einer Stelle fehlt.“	„Das Wasser leitet den Strom zu dem Kind hoch.“
Annähernd richtige Antwort	„Gefährlich, weil der Kassettenrecorder noch eingestöpselt ist.“	„Es gibt Funken, wenn der Fön ins Wasser fällt.“	„An der offenen Stelle kann man einen Blitz bekommen.“	„Wenn das Wasser hochspritzt, bringt es den Strom mit.“
Entfernt richtige Antwort	„Das Radio kann explodieren, weil er da den Schraubenzieher reindreht.“	„Der Fön kann explodieren.“	„Der Stecker ist kaputt und das ist gefährlich.“	„Die Leitung kann explodieren.“
Falsche/Keine Antwort	„Man kriegt den Schraubenzieher nicht mehr raus.“	„Die Haare können anfangen zu brennen.“	„Der Fernseher kann explodieren.“	„Der Zug kann wegen der nassen Schienen entgleisen.“

Über alle vier Bildaufgaben hinweg erreichten die Antworten der Kinder aus den Versuchsklassen (62%) ein signifikant ($T=1,87>1,66$; $\alpha=0,05$; einseitig) höheres Antwortniveau als die Kontrollgruppe (55%). Dieser Unterschied trat bei der Häufigkeit der falschen Antworten besonders deutlich hervor. Dabei droht gerade den Kindern, die die Situation völlig verkehrt einstufen, im Alltag die größte Gefahr. Anders als diejenigen Schüler, die die Gefahr zwar erahnen, aber evtl. noch nicht sprachlich präzise begründen können, gehen diese Kinder vermutlich arglos und unvorsichtig mit Steckdosen oder Elektrogeräten um. Die Abbildung 9.52 verdeutlicht, dass diese Falschantworten in den Kontrollklassen wesentlich häufiger zu beobachten waren.

Anteil der Falschantworten zu den vier Bildmotiven zu Gefahren im Umgang mit Strom

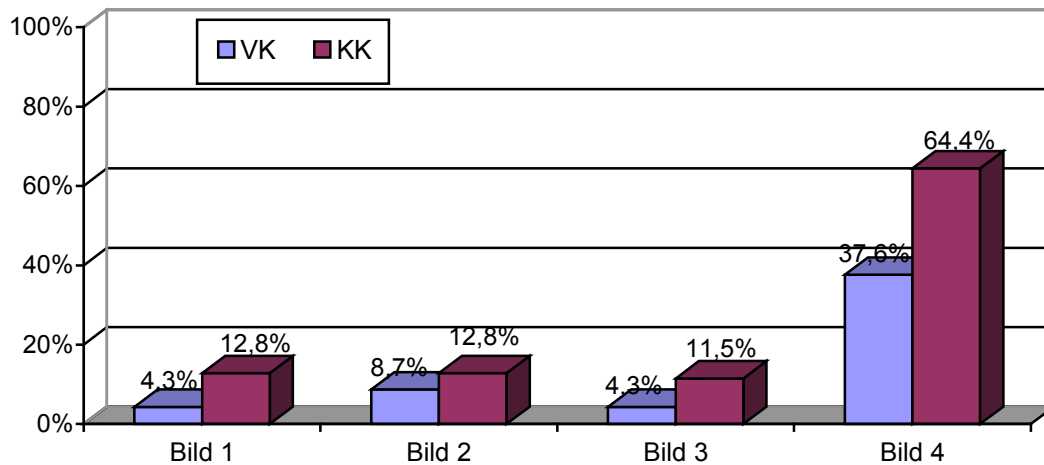


Abbildung 9.52: Anteil der Falschantworten zu den vier Bildmotiven zu Gefahren im Umgang mit Strom, für 124 Schüler aus den vier untersuchten Schulen.

Das vierte Motiv besaß den größten Schwierigkeitsgrad, da die Kinder hierbei wissen mussten, dass Strom auch nach oben fließen kann. Trotzdem konnten bei diesem Bild 44% der Schüler aus den Versuchsklassen eine vollständig, oder zumindest annähernd richtige Begründung nennen, der entsprechende Wert in den Kontrollklassen betrug dagegen nur 19%.

Berücksichtigt man diese vier Motive und die beiden bereits oben dargestellten Bildaufgaben aus dem ersten Teil der Befragung und summiert die dabei im Einzelnen zu erzielenden Punkte auf, so ergeben sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Kindern aus der Versuchs- und denen aus der Kontrollgruppe ($T=2,58 > 2,36$; $\alpha=0,01$; einseitig). Von den so maximal erreichbaren 27 Punkten erzielten die Versuchsklassenkinder im Durchschnitt 65%, während die Schüler aus den Kontrollklassen auf 58% kamen.

Während sich zwischen Jungen und Mädchen keine signifikanten Differenzen ($\alpha > 0,05$) beim Einschätzen der Gefahren im Umgang mit Strom ergaben, erreichten die Schüler mit nicht-deutscher Muttersprache (53%) statistisch weniger Punkte als ihre deutschsprachigen Mitschüler (63%; $T=3,3 > 2,62$; $\alpha=0,01$). Zu beachten ist allerdings, dass bei beiden Aufgabentypen sprachliche Defizite großen Einfluss auf das Ergebnis gehabt haben dürften.

Eher gering war die Korrelation zwischen den Antworten zu den Gefahren im Umgang mit Feuer und denen im Zusammenhang mit elektrischem Strom ($\gamma=0,22$), was aber auch darauf zurückgeführt werden konnte, dass trotz einer gewissen inhaltlichen Nähe (viele Brände entstehen im Zusammenhang mit Strom) in beiden Fällen unterschiedliche Bereiche abgefragt wurden (zum einen Zündmittel, brennbare/nicht brennbare Stoffe, zum anderen leitende/nicht leitende Materialien).

Gewaltprävention

Die Unterrichtseinheiten der Polizei aus der Reihe „*Mut tut gut - Für ein freundliches Miteinander*“⁸⁶⁴ hatten zum Ziel, ausgehend von der Definition verschiedener Gewaltformen (körperliche, verbal), das Entstehen und den Verlauf einer Gewaltspirale zu erarbeiten. Im Anschluss an Geschichten aus der Lebenswelt von Kindern sollten die Schüler erkennen, bis zu welcher Stelle die Dynamik der Gewaltspirale noch unterbrochen werden kann. Des Weiteren erhielten die Schüler konkrete Handlungsanweisungen, wie sie sich als Opfer bzw. als Helfer in Konfliktsituationen verhalten sollten, um solche Situationen möglichst unbeschadet überstehen zu können.

Bei der Datenerhebung bekamen die Schüler zwei Bildaufgaben präsentiert, die eine sich anbahnende (für das Opferverhalten, vgl. Abbildung 9.53) und eine bereits weiter fortgeschrittene (für das Helferverhalten, vgl. Abbildung 9.55) körperliche Auseinandersetzung darstellten. Die Schüler wurden gebeten, sich in die beiden Situationen hineinzusetzen und das jeweilige Verhalten aus der Perspektive des Opfers bzw. Helfers zu beschreiben. Auf diese Weise sollte erfasst werden, inwieweit die Versuchsgruppe die vermittelten Verhaltensstrategien verinnerlicht hatte.⁸⁶⁵ Die gegebenen Antworten wurden kategorisiert.

Opferverhalten:

Als die wesentlichste und aussagekräftigste Kategorie im Rahmen der Streitschlichtung war zweifelsfrei die Kategorie „*kämpfen*“ anzusehen. Offensichtlich widersprachen alle Antworten, in denen das Opfer, indem es selbst körperliche Gewalt anwendet, zum Fortschreiten der Gewaltspirale beiträgt, dem Ziel jeder Gewaltprävention.



Abbildung 9.53

Eine hohe Zahl solcher Antworten in den Versuchsklassen hätte zweifelsfrei einen Misserfolg der Präventionsmaßnahmen dargestellt, eine im Vergleich zu den Kontrollklassen geringe Zahl dagegen auf deren Wirksamkeit hingewiesen. Des Weiteren würden auch alle Formen verbaler Gewalt (Provokationen, Beleidigungen etc.) die Gewaltspirale aufrechterhalten und damit den vermittelten Inhalten gegenüberstehen. Insgesamt gaben die Schüler aus der Versuchsgruppe seltener eine solche Antwort, als deren Folge die Gewaltspirale voranschreitet oder zumindest nicht aufgehalten würde.

⁸⁶⁴ Unveröffentlichtes Arbeitsmaterial der Polizei Ennepe-Ruhr.

⁸⁶⁵ Noch mehr als bei den sonstigen Gefahrensituationen muss darauf hingewiesen werden, dass Befragung und das Verhalten in der Realität stark voneinander abweichen können. Für das konkrete Verhalten sind Rahmenbedingungen und persönliche Dispositionen entscheidend. Andererseits zielen die vermittelten Verhaltensstrategien gerade auf die kognitive Ebene, d.h. um eine Situation friedfertig lösen zu können, müssen die Schüler erst einmal wissen, welche Verhaltensweisen eine gewaltfreie Lösung begünstigen und welche evtl. die Gewaltspirale weiter voranschreiten lässt.

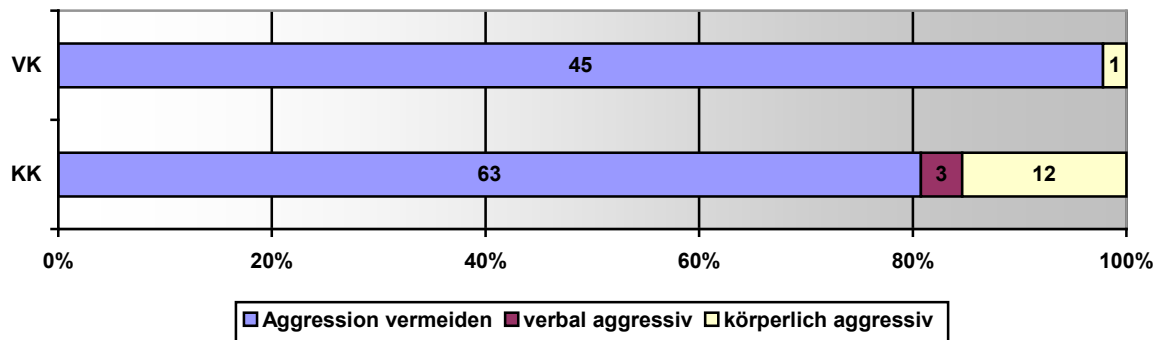


Abbildung 9.54: Kategorien der Antworten zum Opferverhalten (absolute Zahlen) für 124 Schüler aus den vier untersuchten Schulen, unterschieden in Versuchs- und Kontrollklassen.

Die Häufigkeiten der Antworten in Abbildung 9.54 belegen, dass unter den insgesamt 16 Schülern, die durch verbales oder körperliches Verhalten zu einer Intensivierung des Konflikts beitragen würden, nur ein Schüler aus den Versuchsklassen war. Dieser Unterschied ist als signifikant anzusehen ($\chi^2=7,5>6,62$; $df=1$; $\alpha=0,01$).

Eine völlig entgegengesetzte Reaktion, „sich ergeben/kapitulieren“ und sich damit der Aggressivität des Angreifers unterwerfen, würde zwar die körperliche Auseinandersetzung vermeiden, dieses Verhalten kann aber kaum als langfristige oder befriedigende Konfliktvermeidungsstrategie angesehen werden. Diese Alternative wurde insgesamt auch nur von zwei Schülern (je einem aus der Versuchs- und der Kontrollgruppe) gewählt.

Die Mehrzahl der Schüler tendierte dazu, der Auseinandersetzung prinzipiell aus dem Weg zu gehen, wobei weiterhin zu unterscheiden war, zwischen der Kategorie „Ruhig bleiben/Angreifer weitgehend ignorieren“ (von ca. 40% der Kinder erwähnt) und „Weglaufen/die Flucht ergreifen“ (ca. 28%). Insgesamt fielen nahezu 50% aller Antworten auf diese beiden Kategorien (Mehrfachantworten waren möglich). Auffallend war dabei, dass die Antwort „ignorieren“ häufiger von den Schülern aus den Versuchsgruppen kam ($\chi^2=13,6>10,8$; $df=1$; $\alpha=0,001$), während das „Fliehen“ tendenziell eher (nicht signifikant) von der Kontrollgruppe genannt wurde. Ruhig zu bleiben und sich nicht provozieren zu lassen waren zwei zentrale Strategien, die den Schülern im Rahmen der Gewaltprävention vermittelt wurden.

Bei bereits fortgeschrittenen Konflikten wurde den Kindern in den Unterrichtseinheiten die Empfehlung gegeben, nicht das Gespräch mit dem Angreifer zu suchen, da sich dieser dadurch noch zusätzlich provoziert fühlen könnte. Mögliche zur Beschwichtigung eingesetzte Sätze könnten der sprichwörtliche „Tropfen“ sein, der „das Fass zum Überlaufen bringt“, durch den der Konflikt letztlich eskaliert. Insgesamt wurde dieses Vorgehen von der Versuchsgruppe auch nur selten erwähnt (9% der Antworten), wohingegen immerhin 26% der Schüler aus den Kontrollklassen das Gespräch mit dem Angreifer suchen würden.

Des Weiteren entfielen ziemlich viele Antworten auf die Kategorie „Hilfe holen“, in gewisser Weise zwangsläufig häufig in Kombination mit der Antwort „weglaufen“.

Dies setzt allerdings voraus, dass das Kind zunächst der unmittelbaren Bedrohung entkommen kann. Als mögliche Ansprechpartner wurden dann entweder die Eltern oder generell Erwachsene (7% bzw. 9%) genannt. Acht Kinder (7%) würden in dieser Situation die Polizei informieren (davon die Mehrzahl aus den Kontrollklassen).

In dem Fall, dass das bedrohte Kind sich noch in der Konfliktsituation befindet, konnten zwei verschiedene Formen unterschieden werden, wie das betroffene Kind im Ernstfall Hilfe rekrutieren würde:

- a) „*Laut schreien/‘Feuer’ rufen*“: Die Antwort wurde von ca. 10% der Kinder angegeben. Einige Schüler der Versuchsklasse der Versuchsschule 2 sagten, dass das Kind „Feuer“ rufen solle, da es auf diese Weise mehr Aufmerksamkeit finden würde.
- b) „*Freunde um Hilfe bitten*“: In diesen Fällen (7% der Antworten) wurden häufig die Jungen im Hintergrund des Bildes als Freunde des Opfers betrachtet. In der Häufigkeiten dieser Antwort gab es keine Unterschiede zwischen den Schülern aus den Versuchs- und den Kontrollklassen.

Helferverhalten:

Die Antworten zum Helferverhalten ließen sich insgesamt auf sechs Kategorien zurückführen. In Tabelle 9.9 sind diese Kategorien mit Musterantworten aufgeführt. Auch bei dieser Frage konnten die gegebenen Antworten mehrere Kategorien umfassen, z.B. den Jungen auffordern, das Mädchen in Ruhe zu lassen und Hilfe holen.



Abbildung 9.55

Tabelle 9.9: Kategorien und Musterantworten zum Helferverhalten

Kategorie	Musterantwort	Häufigkeit der Nennungen
Opferorientierte Handlung	„ <i>Ich würde meine Freundin wegziehen und mit ihr weglaufen.</i> “	6 (4,8%)
Täterorientierte Handlung	„ <i>Dem Jungen die Arme hinter dem Rücken drehen, damit er das Mädchen nicht mehr schlagen kann.</i> “	32 (25,8%)
Hilfe holen	„ <i>Ich würde wegrennen und Hilfe holen.</i> “	46 (37,1%)
Verbal eingreifen	„ <i>Ich würde sagen, dass er sie loslassen soll und fragen, warum er sie schlagen will.</i> “	51 (41,1%)
Dazwischen gehen/trennen	„ <i>Ich würde dazwischen gehen und die beiden trennen.</i> “	30 (24,2%)
unbestimmte Hilfe leisten	„ <i>Ich würde ihr helfen.</i> “	14 (11,3%)
Antworten von 124 Schülern; eine Antwort konnte mehrere Kategorien beinhalten.		

Insgesamt äußerten sich bis auf eine Ausnahme alle Schüler in der Form, dass sie dem bedrohten Mädchen sofort helfen würden, lediglich ein Kind würde zunächst abwarten, bis es von dem Opfer um Hilfe gebeten würde.

Aus Abbildung 9.56 ist zu entnehmen, wie sich die Antworten auf die Versuchs- und die Kontrollgruppe verteilten. Die Prozentzahlen beziehen sich wie schon in der obigen Tabelle auf den Anteil der Schüler, die eine dieser Kategorie entsprechende Antwort gaben.

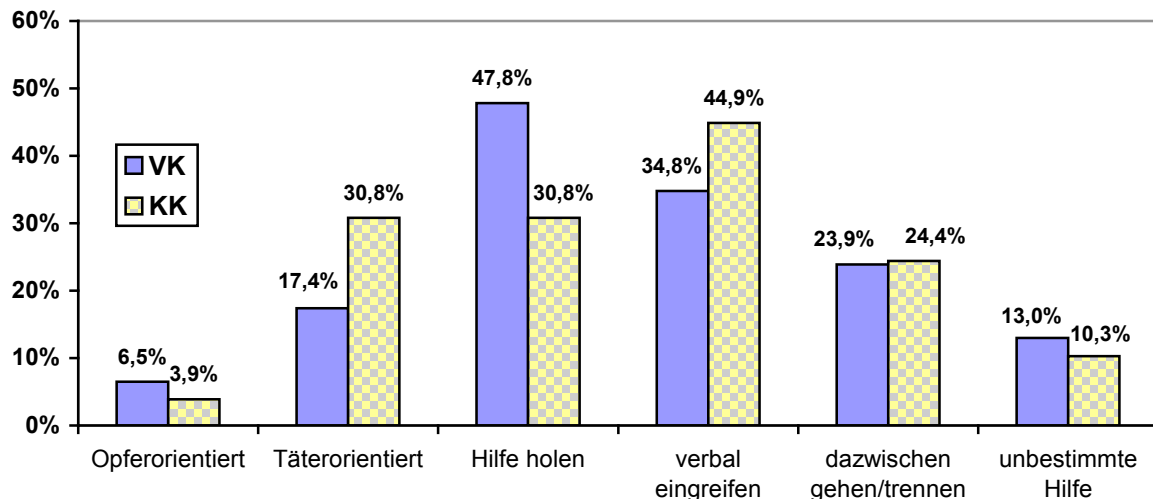


Abbildung 9.56: Häufigkeiten der Antwortkategorien zum Helferverhalten nach Versuchs- und Kontrollklasse für 124 Schüler aus den vier untersuchten Schulen.

Aus Abbildung 9.56 wird deutlich, dass die Schüler aus der Versuchsgruppe die wesentlichen Inhalte des Konflikttrainings, sich nicht selbst in Gefahr zu begeben und selbst keine aggressiven Handlungen vorzunehmen, weitgehend verinnerlicht hatten. Zwar zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede beim opferorientierten Vorgehen, jedoch hätten sich wesentlich weniger Schüler aus den Versuchsklassen durch gewaltsames Einschreiten gegen den Täter selbst in den Konflikt hineinbegeben. Eine ähnliche Reaktion könnte auch das verbale Eingreifen bewirken, das zur Folge haben kann, dass sich die Aggression des Angreifers gegen den Helfer richtet. Dass dies in den Unterrichtseinheiten zur Gewaltprävention thematisiert wurde, erklärt die geringere Anzahl in dieser Antwortkategorie bei der Versuchsgruppe (35%) gegenüber der Kontrollgruppe (45%). Wesentlich ausgeprägter war bei den Versuchsklassenkindern die Bereitschaft, Dritte zu Hilfe zu rufen, um nicht allein die Situation bewältigen zu müssen. (Die Unterschiede beim täterorientierten Eingreifen und in der Bereitschaft, Hilfe zu holen sind als signifikant anzusehen ($\chi^2=2,71$ bzw. $3,6 \geq 2,71$; $df=1$; $\alpha=0,05$; einseitig)).

Gerade bei Konfliktsituationen ist ein unterschiedliches Antwortverhalten von Jungen und Mädchen zu erwarten (siehe auch Kapitel 5.3.4). In der Abbildung 9.57 wurden daher die Antworten von Jungen und Mädchen einander gegenübergestellt. Das Ergebnis legt den Schluss nahe, dass das Geschlecht einen geringeren Einfluss auf das Verhalten hatte als die eingesetzten Interventionsmaßnahmen.

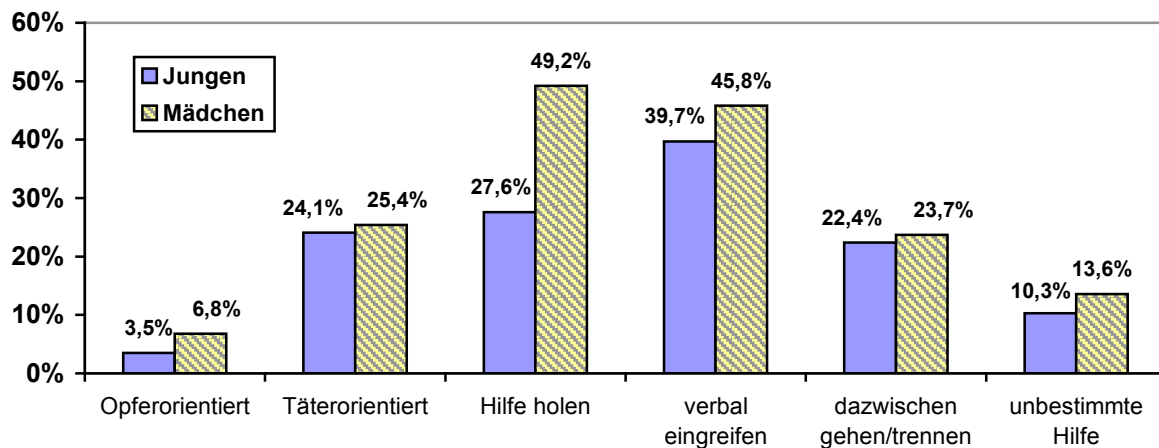


Abbildung 9.57: Häufigkeiten der Antwortkategorien zum Helferverhalten nach Geschlecht für 117 Schüler aus den vier untersuchten Schulen. (Bei sieben Kindern fehlten die Angaben zum Geschlecht.)

Es zeigte sich jedoch einzig in der Bereitschaft, Hilfe zu holen ein signifikanter Unterschied ($\chi^2=5,8>3,84$; $df=1$; $\alpha=0,05$), demnach die Mädchen diese Möglichkeit wesentlich häufiger äußerten als die Jungen. Gerade bei dieser Antwortmöglichkeit wichen die Antworten der Jungen der Versuchsgruppe (44% würden weitere Personen zur Unterstützung hinzuziehen) besonders stark von denen Jungen aus der Kontrollgruppe (17%) ab. Generell war das auf den Bildimpuls geäußerte Handlungsrepertoire der Mädchen umfangreicher als das der Jungen. Typisch für die Jungen der Kontrollklassen war ein eher am Täter orientiertes Eingreifen (34% aller Antworten).

Beim Vergleich der Antworten zum Opfer- mit denen zum Helferverhalten zeigte sich, dass diejenigen Kinder, die in der Opferrolle eher die körperliche Auseinandersetzung suchen würden, im Helferverhalten auch eher täterorientiert vorgehen würden ($\chi^2=5,9>3,84$; $df=1$; $\alpha=0,05$). Während diejenigen, die im Helferverhalten eher opferorientiert vorgehen, in der Opferrolle selbst am ehesten weglaufen würden ($\chi^2=4,6>3,84$; $df=1$; $\alpha=0,05$ - dabei ist allerdings die nur geringe Fallzahl zu berücksichtigen).

Schutzgeld-Erpressung

Als letzte Frage wurden die Schüler gebeten, sich vorzustellen, wie ein anderes Kind von ihnen auf dem Schulweg ein „Schutzgeld“ (in einer Höhe von 2€) verlangen würde. Die Schüler sollten ihre Reaktion bei einer derartigen Forderung schildern. Diese Frage wurde vor dem Hintergrund des Puppenstücks „Die Abzocke“ gestellt, das innerhalb der Kriminalitätsprävention seitens der Polizei entwickelt und durchgeführt wurde und welches diese Thematik zum Inhalt hatte.

Nahezu alle Kinder antworteten, dass sie auf eine derartige Erpressung nicht (oder allenfalls nur zum Schein) eingehen würden. Lediglich drei Kinder (davon zwei aus der Versuchsgruppe) gaben an, das geforderte Geld zu zahlen. Zwei Kinder (beide aus den Kontrollklassen) würden versuchen, die Situation gewaltsam zu lösen, indem

sie ihrerseits den „Erpresser“ körperlich angehen würden. Immerhin 9% der Schüler (hauptsächlich aus den Kontrollklassen) würden auf Grund einer solchen Bedrohung ihren Schulweg ändern, oder sich von ihren Eltern zur Schule bringen lassen. 86% der Kinder würden sich in einer solchen Situation außerdem an eine Vertrauensperson wenden, um zusammen mit dieser das Problem zu lösen. Sowohl in den Versuchs- wie in den Kontrollklassen würde mehrheitlich (ca. $\frac{3}{4}$ der Fälle) Unterstützung zunächst in der eigenen Familie gesucht. Ansprechpartner wäre in der Regel die Mutter, seltener der Vater oder ältere Geschwister. Häufig wurde von den Eltern erwartet, dass diese sich direkt an die Eltern des anderen Kindes wenden würden. Während von der Kontrollgruppe sich nahezu jedes zweite Kind in der beschriebenen Situation auch an seine Lehrer wenden würde, erwähnte dies von der Versuchsgruppe lediglich jedes vierte Kind. Auf der anderen Seite macht sich bei den Versuchsklassen die Anwesenheit der Polizei bemerkbar, die hier ungefähr gleich häufig genannt wurde wie die Lehrer.⁸⁶⁶

9.5.3.2.5 Ergebnisse der Untersuchung am Ende des 4. Schuljahres (2006)

Die Abschlussbefragung wurde zwischen dem 24.05. und dem 20.06.2006 anhand einer Bildermappe durchgeführt. Insgesamt wurden 188 Schüler befragt, davon stammten 44 aus den Versuchsklassen. Der Anteil der Jungen (53%) überstieg den der Mädchen geringfügig, etwas 23% der Kinder hatten einen Migrationshintergrund, zumeist türkischer Herkunft.

Gesamtergebnis Bildaufgaben

In der Befragung am Ende des 4. Schuljahres waren nur noch vier Bildaufgaben enthalten und diese waren weitgehend identisch mit den Wiederholungsbildern zur Bestimmung der Entwicklung des Sicherheitsbewusstseins (vgl. 9.5.3.1), weshalb an dieser Stelle auf eine Darstellung des Gesamtergebnis aller Bildaufgaben verzichtet wird. Bei der Abschlussbefragung wurde der Focus auf die Evaluation zentraler Elemente des vierjährigen Gesamtprojektes gelegt.

Gefahren im Umgang mit elektrischem Strom

Bei der Untersuchung zum Ende des 3. Schuljahres (2005) waren zwischen den Versuchs- und den Kontrollklassen hochsignifikante Unterschiede im Wissen über Strom und über mögliche Unfälle im Zusammenhang mit Strom festgestellt worden ($T=2,58 > 2,36$; $\alpha=0,01$; einseitig). Bei der Langzeitevaluation der durchgeführten Unterrichtseinheit am Ende des Projektes konnten jedoch keine Differenzen mehr festgestellt werden. Die Antworten aus Versuchs- und Kontrollgruppe waren über die fünf Bildaufgaben (vier davon waren identisch zum Vorjahr) in jeder Hinsicht als gleichwertig anzusehen ($T=0,37 < 1,66$; $\alpha > 0,05$). Dies traf sowohl für die vier Bildmotive zu dem Arbeitsbuch „*Glühbert, Wolfram und Turbine entdecken das Geheimnis der Elektrizität*“ (siehe Tabelle 9.8) wie auch auf das neu aufgenommene Gefahrenbild zu den (Strom-)Unfällen im Haus zu. Auch eine Unterscheidung

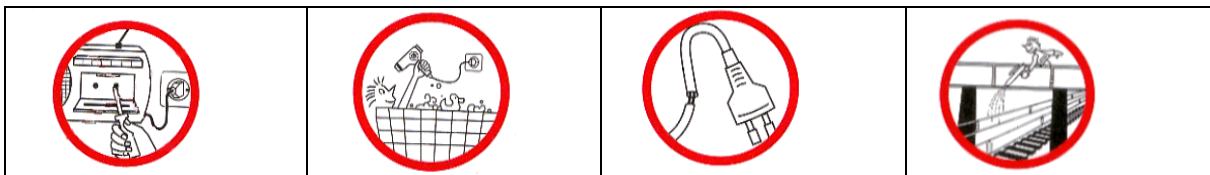
⁸⁶⁶ Mehrfachantworten waren möglich.

zwischen der Versuchsklasse und den zwei verschiedenen Kontrollgruppen lieferte keine nennenswerte Differenz (ANOVA, $F=0,52$).

Die Ergebnisse zu den vier Bildaufgaben, die sowohl in dem Erhebungsinstrument von 2005 als auch von 2006 enthalten waren, verdeutlichten, dass das Wissen der Kontrollklasse nahezu konstant geblieben war (53%, -2%), während die Versuchsklassen weniger detailliert geantwortet hatten als noch am Ende des 3. Schuljahres (55,7%, -6%). Die Angleichung von Versuchs- und Kontrollklassen war also weniger auf einen Wissenszuwachs in den Kontrollklassen zurückzuführen, sondern vermutlich eher auf ein „Vergessen“ der erworbenen Inhalte seitens der Versuchsgruppe. Anscheinend war der Abstand zwischen den Unterrichtsstunden (September 2004) und dem Befragungszeitpunkt der Abschlussuntersuchung (Juni 2006) zu groß geworden, als dass noch Effekte dieses zusätzlichen Unterrichts gemessen werden konnten.

Insgesamt erreichten die befragten Schüler bei den fünf Aufgaben zu den Gefahren im Umgang mit Strom 65% der maximal 20 Punkte, wobei die Mittelwerte der verschiedenen Schulen relativ nahe beieinander lagen (max. Versuchsschule 1: 68,9%, min. Versuchsschule 2: 62,7%). Auch die Antworten von Jungen (67,1% der Punkte) und Mädchen (63,3%) waren als gleichwertig anzusehen ($T=1,83 < 1,98$; $\alpha > 0,05$).

Die folgenden vier Bildaufgaben waren sowohl 2005 als auch 2006 Bestandteil des Erhebungsinstruments, weshalb die gegebenen Antworten direkt miteinander in Beziehung gesetzt werden konnten. Auswertungsgrundlage bildete das anhand der Antworten des 3. Schuljahres erstellte Kategorisierungsschema (vgl. Tabelle 9.8).



Beim Vergleich der Antworten zu diesen vier Motiven von beiden Erhebungszeitpunkten wurde deutlich, dass sich die Werte in den Kontrollklassen kaum verändert hatten, während das Wissen in der Versuchsgruppe auf das Niveau der nicht beschulten Kinder zurückgegangen war.

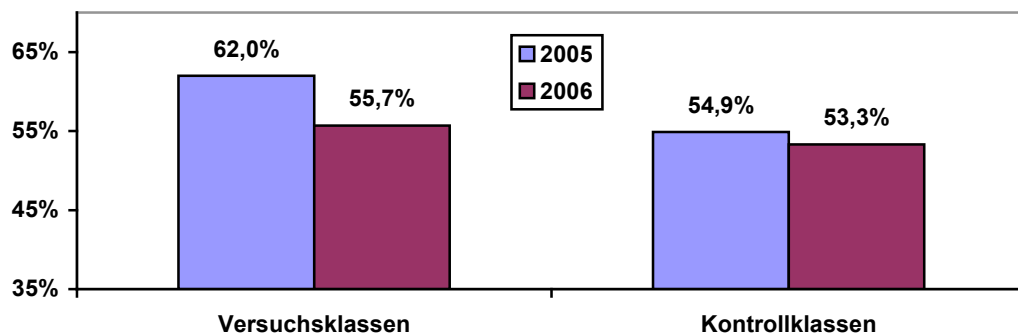


Abbildung 9.58: Erreichter Prozentsatz der maximal möglichen Punktzahl bei den vier Bildmotiven zu Gefahren im Umgang mit Strom in den Versuchs- und Kontrollklassen in den Jahren 2005 und 2006 ($n=124$ und $n=116$)⁸⁶⁷.

Auch bei den absoluten Falschantworten (vgl. Abbildung 9.52) hatten sich die am Ende des 3. Schuljahres beobachteten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe nivelliert: Die durchschnittliche Differenz an völlig falschen Antworten zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe war von 11,7% am Ende des 3. Schuljahres auf 2,4% am Ende des 4. Schuljahres abgesunken (ohne Abbildung).

Für die fünfte Bildaufgabe (vgl. Abbildung 9.59) wurde ein vergleichbares Kategoriensystem entwickelt. Es umfasste die Aspekte „Gefahrenmoment“, „Gefahrenursache“ und „Präventionsmöglichkeit“. Dieses Bild war in der Untersuchung von 2005 noch nicht enthalten gewesen. Auch bei den Antworten zu diesem Gefahrenmotiv zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Teilstichproben. Insgesamt erreichten die Schüler mit 83% der zu erzielenden Punkten bei diesem Bild ein hohes Ergebnis.



Abbildung 9.59

Brandschutzerziehung

Mit der Abschlussbefragung zum Ende des 4. Schuljahres wurden nochmals die wesentlichen Inhalte des vierjährigen Präventionsprogramms der Feuerwehr evaluiert. Die verschiedenen Inhalte verteilten sich zwar schwerpunktmäßig auf die vier Grundschuljahre, jedoch wurden die vorausgegangenen Themen in den folgenden Jahren regelmäßig wiederholt. Zu den Teilbereichen zählten

- Brandschutzwissen über brennbare und nichtbrennbare Stoffe,
- richtiges Anzünden und Löschen eines Streichholzes,
- Absetzen eines Notrufs,
- Verhalten im Brandfall,

⁸⁶⁷ Hierfür wurden nur die Daten der Kontrollklassen herangezogen, die sowohl 2005 als auch 2006 in der Stichprobe enthalten waren. Generell waren die Unterschiede zwischen den verschiedenen Kontrollklassen aber nur minimal.

- Kenntnisse über die Aufgaben der Feuerwehr.

Insgesamt wurden zu den verschiedenen Teilbereichen zehn Fragen mit zusammen 26 Items bzw. Bildaufgaben gestellt. Dabei zeigten die Schüler aus den Versuchsklassen (82% der maximal erreichbaren Punkte) über alle Fragen hinweg ein signifikant höheres Brandschutzwissen als die Kinder aus den Kontrollklassen (76% der Punkte; $T=3,97>3,37$; $\alpha=0,001$). Bei allen abgefragten Teilbereichen gaben die Schüler aus der Versuchsklasse mehr richtige Antworten als die der Kontrollgruppe. Signifikant wurden die Unterschiede darüber hinaus beim Wissen über brennbare bzw. nicht-brennbare Stoffe ($T=2,6>1,98$; $\alpha=0,05$), der Kenntnis der Notrufnummern von Feuerwehr und Polizei ($\chi^2=5,58$ und $4,85>3,84$; $\alpha=0,05$), dem Absetzen eines Notrufs ($T=3,5>3,37$; $\alpha=0,001$) und dem Verhalten im Brandfall ($T=4,2>3,37$; $\alpha=0,001$). In der Abbildung 9.60 sind die Unterschiede in den Antworten zwischen Versuchs- und Kontrollklasse für die einzelnen Teilfragen dargestellt.

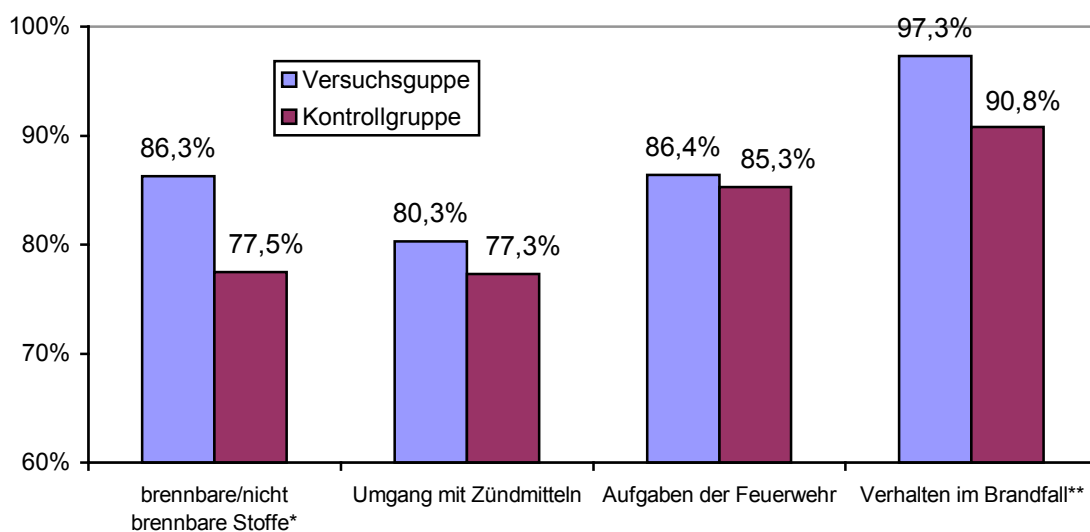
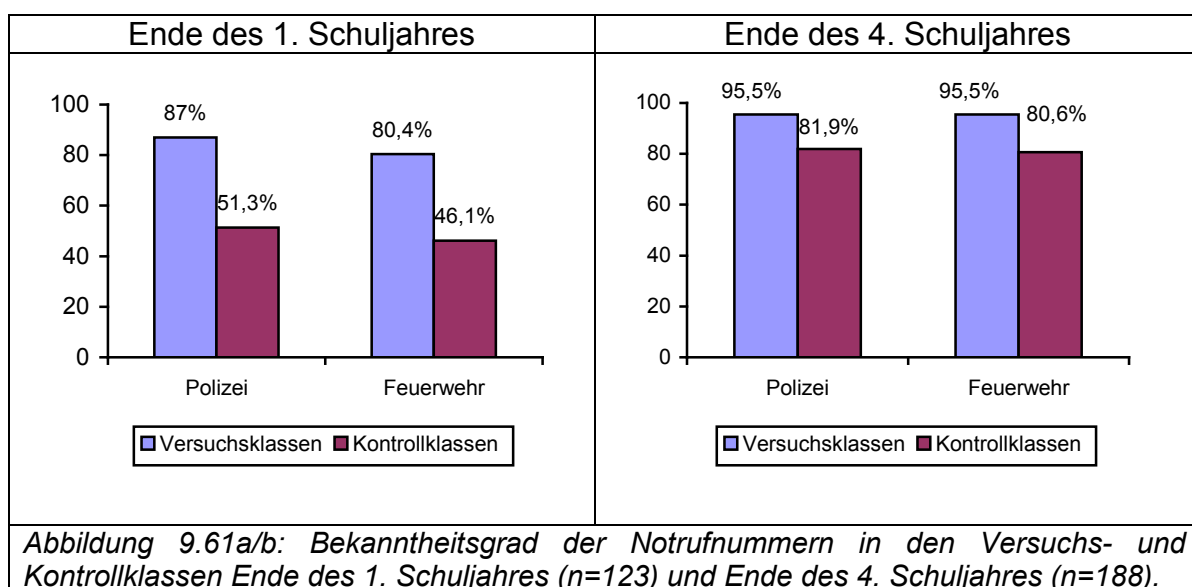


Abbildung 9.60: Anzahl der erzielten Punkte (in Prozent) zu den verschiedenen Teilbereichen des Brandschutzwissens für 188 Schüler aus den vier untersuchten Schulen. Signifikante Unterschiede sind mit * ($\alpha=0,05$) bzw. ** ($\alpha=0,001$) gekennzeichnet.

Die Fragen zum Notruf wurden offen gestellt, d.h. es wurden den Schülern keine Antworten zur Auswahl vorgegeben. Die Antworten auf diese Frage konnten demnach nicht mit den oben (Abbildung 9.60) abgebildeten, geschlossenen Frageformen gleichgestellt werden. Am Ende des 4. Schuljahres wurde die Kinder wie bereits zuvor am Ende des 1. Schuljahres nach den Notrufnummern von Polizei (110) und Feuerwehr (112) gefragt, die von beiden Projektpartnern in ihren Unterrichtseinheiten vermittelt worden waren. Am Ende des 1. Schuljahres konnten 65% aller Kinder die richtige Notrufnummer der Polizei und 59% der Schüler die der Feuerwehr benennen. Hierbei zeigte sich in beiden Fällen ein signifikanter Unterschied ($\chi^2=14>10,8$; $\alpha=0,001$), demnach in der Versuchsguppe (87% bzw. 80%) die Nummern bekannter waren als in der Kontrollgruppe (51% bzw. 46%). Dies bedeutet, dass in der nicht zusätzlich geschulten Kontrollgruppe nur etwa jedes zweite Kind mit den Notrufnummern vertraut war.

Auf die entsprechende Frage im Elternfragebogen hatten zum gleichen Befragungszeitpunkt am Ende des 1. Schuljahres 94% der Eltern geantwortet, dass ihr Kind die beiden Notrufnummern kennen würde. Bereits ein Jahr zuvor, zum Einschulungszeitpunkt waren immerhin 81% der Eltern dieser Überzeugung gewesen. Hieraus lässt sich eine erhebliche Überschätzung der Kinder seitens ihrer Eltern entnehmen. Weiterhin ist zu vermuten, dass Eltern, die glauben, ihre Kinder würden bereits über das entsprechende Wissen verfügen, die Notrufnummern mit ihren Kindern nicht mehr einüben.

Auch am Ende des 4. Schuljahres gab aus den Kontrollklassen etwa noch jedes fünfte Kind auf die Frage nach den Notrufnummern eine falsche Antwort. In der Versuchsgruppe waren dies dagegen lediglich Einzelfälle (siehe Abbildungen 9.61a/b); diese Differenzen waren signifikant ($\chi^2=4,6$ und $5,6 > 3,84$; $\alpha=0,05$).



Die Kenntnisse dieser Telefonnummern ist die Voraussetzung dafür, dass es ihnen im Notfall möglich ist, alleine einen Notruf abzusetzen und Hilfe zu rufen. Bei dem eigentlichen Notruf selbst müssen die Kinder zudem in der Lage sein, auch trotz der Aufregung der Notfall-Situation alle wesentlichen Informationen an die Notruf-Leitzentrale weiterzugeben. Insgesamt waren von der Feuerwehr EN in ihren Unterrichtseinheiten die folgenden vier Antwortkategorien vermittelt worden:

1. Wer ruft an? (Name)
2. Wo ist etwas passiert? (Adresse)
3. Was ist passiert?
4. Warten auf Rückfragen der Notrufannahme.

Die ersten drei Punkte sind relativ naheliegend und es wurde daher vermutet, dass nicht nur die Versuchs- sondern auch viele Kontrollklassenschüler diese Antwort angeben würden. Der letzte Punkt ist dagegen vergleichsweise weniger offensichtlich und daher wurde eine Nennung v.a. von den Schülern der Versuchsgruppen erwartet. Jedoch nannte insgesamt überhaupt nur ein Kind (aus der Versuchsgruppe) diesen Aspekt. Nicht ausdrücklich vermittelt, jedoch eine ebenfalls nicht unwichtige Antwort

wurde dagegen von zahlreichen Kindern erwähnt, nämlich, ob es Verletzte gäbe, bzw. ob sich noch Menschen in dem brennenden Gebäude befänden. Da dies durchaus auch zu den relevanten Angaben beim Notruf hinzugezählt wird, wurden diese Kategorien auch als richtige Antworten angesehen. Als nebensächlich und daher nicht als eine richtige Antwort gewertet wurden Angaben wie:

- Welche Fahrzeuge die Feuerwehr mitbringen muss.
- Wie bzw. warum der Brand (o.a.) entstanden ist.
- Alter des Kindes, das anruft.
- Telefonnummer des Anrufers (erkennt die Notrufannahmestelle und wurde auch so in den Versuchsklassen vermittelt, ansonsten war dies aus Sicht der Kontrollgruppe eine sinnvolle Antwort).
- Ob Tiere im Haus sind.

Insgesamt wurden damit fünf Antwortkategorien gewertet. Von diesen fünf Kategorien nannten die Schüler aus den Versuchsklassen durchschnittlich 2,7 (Modalwert und Median jeweils 3) die Kontrollgruppe im Durchschnitt 2,2 (Modalwert und Median jeweils 2). Auch dieser Unterschied erreichte statistische Signifikanz ($T=3,46 > 3,37$; $\alpha=0,001$). Insgesamt konnten jedoch nur 14 Schüler (=8%) mindestens vier Aspekte nennen.

Bei allen abgefragten Teilbereichen des Brandschutzwissens zeigten sich keine Unterschiede in den Antworten zwischen Kontrollklassen, die regelmäßig und denen, die nur einmalig an der Befragung teilnahmen ($T=0,61 < 1,98$; $\alpha > 0,05$). Es konnten demnach keine Auswirkungen der wiederholten Befragungen auf das Wissen in den jährlich befragten Kontrollklassen beobachtet werden. Ebenso wenig zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen ($T=0,18 < 1,98$; $\alpha > 0,05$) und zwischen den Schülern mit deutscher bzw. nicht-deutscher Muttersprache ($T=1,7 < 1,98$; $\alpha > 0,05$). Auch die Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulen waren nur gering (+/- 5%). Bleiben die Versuchsklassen bei dieser Berechnung außen vor, waren die Schülerleistungen in den Kontrollklassen aller vier Schulen als ähnlich anzusehen ($F=0,53$).

Ernährung

Die Kochpraxis und die Ernährungserziehung im Projekt wurden mit sechs (in den Versuchsklassen sieben) Fragen evaluiert, die teilweise offen, teilweise geschlossen formuliert waren. Mit einer nur in den Versuchsklassen gestellten Frage, wurde erfasst, inwieweit sich die Schüler an die Zusammensetzung des in einer der Unterrichtseinheiten gemeinsam gekochten Mittagessens erinnern konnten. Auf die entsprechende Frage gaben alle Schüler aus den Versuchsklassen, wie bereits im Vorjahr zum „Frühstücks-Büffet“, die richtige Antwort.

Elf der 188 Kinder (6%) konnten am Ende des 4. Schuljahres auf die Aufforderung Obst- und Gemüsespeisen zu nennen, nicht zwischen Obst und Gemüse unterscheiden, da sie entweder Obstsorten als Gemüsegericht oder umgekehrt nannten. In der Versuchsgruppe war der Anteil (vier=9%) sogar höher als in der Kontrollgruppe (sieben=5%). Auf die Frage, wie viele Mahlzeiten am Tag gegessen werden sollen (Hauptmahlzeiten und Zwischenmahlzeiten, wie Obst und Jogurt), gaben 98% der Schüler aus der Versuchsgruppe die richtige Antwort (fünf), während dies nur bei 65% der Schüler aus der Kontrollgruppe der Fall war. Ähnlich hoch war

die Differenz auf die Frage, „Wie viel Obst und Gemüse brauchen wir am Tag und sollen wir deshalb täglich mindestens essen?“ Hierauf kam von 77% der Versuchsklassenschüler die richtige Antwort⁸⁶⁸ gegenüber 51% der Kontrollklassenkinder. Allerdings kann die Zahl der Falschantworten von nahezu einem Viertel der Schüler auf diese Frage durchaus als hoch angesehen werden.

Mit zwei weiteren Fragen wurden die Kinder um Antworten auf die Frage gebeten, warum es wichtig sei, „mehrere kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt zu essen und genug Durstlöschendes zu trinken“. Hierbei wurden keine Antworten vorgegeben, stattdessen wurden aus den Antworten der Schüler Kategorien gebildet. Dabei konnten zehn Rubriken (plus die beiden Kategorien „Sonstige“ und „keine Antwort“) gefunden werden. In Tabelle 9.10 sind diese insgesamt zwölf Kategorien mit Musterantworten und Häufigkeiten für Versuchs- und Kontrollgruppe dargestellt.

Tabelle 9.10: Kategorien und Musterantworten zum Ernährungsverhalten

Kategorie	Musterantwort	Häufigkeit gesamt	Prozent- zahl VK	Prozent- zahl KK
Bedürfnis- befriedigung, Körperbedarf	„Der Körper braucht das, sonst ist man hungrig und durstig.“	64	21%	39%
Bauchschmerzen, Übelkeit vermeiden	„Sonst bekommt man Bauchschmerzen, oder es wird einem ganz übel.“	31	11%	18%
Verdauung, Völlegefühl	„Dann kann man das besser verdauen, da der Bauch nicht überlastet wird und man ist nicht so voll.“	30	16%	16%
Gesundheit, gesunde Ernährung	„Weil das gesund ist und man dann nicht krank wird.“	27	16%	14%
Kräftigung, Wachstum	„Damit man zu Kräften kommt und groß und stark wird.“	19	14%	9%
Fitness, Energie, Übergewicht vermeiden	„Man wird dadurch fit und hat immer genügend Energie.“ / „Man wird sonst so dick.“	18	9%	10%
Längere Wirkung, gleichmäßige Zufuhr	„Weil man dann immer satt ist, da man immer was im Bauch hat.“	17	11%	9%
Konzentration	„Dann kann man sich besser konzentrieren, da das Gehirn immer genügend Energie bekommt.“	13	2%	9%
Kopfschmerzen	„Wenn man nicht genug trinkt, bekommt man schnell Kopfschmerzen.“	7	-	5%
Flüssigkeitsverlust ausgleichen	„Man muss immer genügend trinken, da der Körper auch Flüssigkeit abgibt und sonst austrocknet.“	7	2%	4%
Sonstige ⁸⁶⁹	Gesunder Schlaf, Wohlfühlen, gut für die Nieren,...	5	7%	1%
Keine	-	23	14%	12%
238 Antworten von 186 Schülern (Mehrfachantworten möglich)				

⁸⁶⁸ Als Empfehlung gilt: zwei Hände Obst und drei Hände Gemüse.

⁸⁶⁹ Unter der Rubrik „Sonstiges“ wurden Einzelantworten zusammengefasst, die sich nicht den anderen Bereichen eindeutig zuordnen ließen. Bei diesen Antworten kam teilweise aber ein überdurchschnittlich hohes, Gesundheitsbewusstsein bzw. -wissen zum Ausdruck; so etwa die Antwort, dass regelmäßiges Trinken gesund für die Nieren sei.

Die Tabelle zeigt, dass nahezu ein Viertel aller Antworten auf die Kategorie „*Bedürfnisbefriedigung/Körperbedarf*“ entfielen, unter der die Antworten zusammengefasst wurden, die die reine Notwendigkeit zur Nahrungsaufnahme beinhalteten („*man muss essen*“). Eine Begründung, warum mehrere kleinere Mahlzeiten pro Tag gesünder wären als eine einzige, war in dieser Kategorie nicht enthalten. Eine derartige Begründung wurde mit der zweiten Kategorie „*Bauchschmerzen/Übelkeit vermeiden*“ geliefert, die sinngemäß der Aussage „*Wer zu viel auf einmal isst, dem wird übel, der bekommt Bauchschmerzen*“ entsprach. In eine ähnliche Richtung zielt die dritte Kategorie (Völlegefühl, Verdauung). In diesen Antworten wurde jedoch nicht vom Symptom, sondern vom Organischen - dem Verdauungsprozess - her argumentiert. Insgesamt erwähnten 57 Schüler (=31%) einen dieser beiden Aspekte. Der Prozentsatz in der Versuchsgruppe (23%) lag dabei unterhalb dessen der Kontrollklassen (33%). Die vierte Kategorie war bei der Auswertung zu vernachlässigen, da die Antworten keine inhaltliche Begründung mitlieferten: „*Das ist wichtig, weil es gesund ist*“. Die nächsten beiden Kategorien brachten eine ganzheitliche Vorstellung der körperlichen Prozesse zum Ausdruck, deren Ablauf von der Qualität und der regelmäßigen Nahrungsversorgung abhängig ist. Die gesundheitsfördernde Wirkung mehrerer kleinerer Mahlzeiten wird hier über die regelmäßigen Zufuhr von Energie begründet, sie gewährleiten dadurch jederzeit die Fitness des Körpers und garantieren - mit einer leicht anderen Zielperspektive - den gesunden Wachstums des Körpers. 23% der Schüler aus den Versuchsgruppen und 16% aus den Kontrollklassen erwähnten einen dieser beiden Aspekte.

Während diese Aspekte hauptsächlich auf die körperliche Fitness abzielten, bezog sich die Kategorie „*Konzentration*“ auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Wie die anderen Organe, so benötigt auch das Gehirn die mit der Nahrung aufgenommenen Nährstoffe, um Aufmerksamkeit, Konzentration und andere kognitive Aufgaben aufrechtzuerhalten. Dieser Aspekt wurde primär von Schülern aus der Kontrollgruppe erwähnt, ebenso wie die beiden nächsten Kategorien, die sich auf die Bedeutung des Trinkens (ca. 2 Liter pro Tag) für die menschliche Gesundheit bezogen.

Es fällt auf, dass lediglich bei einer Kategorie („*Kräftigung, Wachstum*“) die Antworten in der Versuchsgruppe diejenigen der Kontrollgruppe überwogen, daher erübrigte sich eine Prüfung der Hypothese, ob die Versuchsgruppenkinder in den Antworten auf diese Frage ein höheres Ernährungswissen zeigten. Dies war offensichtlich nicht der Fall.

Eine zweite, offen formulierte Frage („*Warum ist gesundes Essen und Trinken wichtig für unser Wohlfühlen?*“) zielte auf die Bedeutung einer gesunden Ernährung für das Wohlbefinden. Auch hierbei wurden die Antworten der Schüler auf diesen Impuls mit einem, anhand des Antwortenspektrums entwickelten, Kategoriensystem ausgewertet (siehe Tabelle 9.11).

Die meisten Antworten (27%) bezogen sich auf den Zusammenhang zwischen gesunder Ernährung und einem daraus resultierenden, gesunden Körper, der zu höheren körperlichen Leistungen fähig ist. Gesund, sportlich und kräftig zu sein, wurde von diesen Kindern als zentral für das eigene Wohlbefinden angesehen. Nimmt man noch die 36 Schüler hinzu, die den gleichen Zusammenhang in einer Negativformulierung ausgedrückt haben (z.B. „*Weil man dann nicht so dick wird.*“), dann nannten insgesamt 79 der 186 Schüler (42%) diesen Aspekt in der einen oder

anderen Form. Mit 57% lag der Anteil in den Versuchsklassen deutlich oberhalb dessen der Kontrollgruppe (38%).

Tabelle 9.11: Kategorien und Musterantworten zur Bedeutung gesunder Ernährung für das Wohlbefinden

Kategorie	Musterantwort	Häufigkeit gesamt	Prozent VK	Prozent KK
Fitness, Kraft	„Dann kann man sich besser bewegen, ist sportlicher und fühlt sich kräftiger.“	61	48%	28%
Vitamine, Nährstoffe, Abwehrkräfte	„Da sind Vitamine und Nährstoffe drin, dann hat man mehr Abwehrkräfte.“	36	21%	19%
Übergewicht vermeiden	„Dann ist man nicht so dick.“	36	14%	21%
Gesundheit allgemein	„Weil man dann einfach gesund ist.“	32	7%	20%
Vermeidung von Bauchschmerzen, Übelkeit, Karies, gute Verdauung	„Weil man dann keine Bauchschmerzen (Übelkeit, Karies, ...) bekommt.“	22	9%	13%
Wohlfühlen, Konzentration	„Dann fühlt man sich einfach besser, kann sich auch leichter konzentrieren.“	10	11%	4%
Geschmack, Genuss	„Das schmeckt einfach gut.“	8	2%	5%
Sonstige	Bedürfnisbefriedigung, Abwechslung, Ausgleich für ungesundes Essen	19	2%	13%
Keine	-	23	16%	11%
238 Antworten von 186 Schülern (Mehrfachantworten möglich)				

Die zweite Antwortkategorie bezog sich darauf, dass bestimmte Lebensmittel, deshalb als „gesund“ gelten, da sie Vitamine und Nährstoffe enthalten, die der Körper für den Aufbau von Abwehrkräften und damit zur Vermeidung von Krankheiten benötigt. Insgesamt sprachen 36 Schüler diesen Punkt an, in Versuchs- und Kontrollklassen nahezu gleich viele.

Weitere 22 Schüler hoben die Vorteile gesunder Lebensmittel durch die Betonung der negativen Folgen einer falschen Ernährung hervor. Ein wichtiger Aspekt war die Vermeidung von Karies durch zuckerarme Nahrung. Bei einigen Kindern war eventuell auch noch die vorausgehende Frage zur Einnahme mehrerer, über den Tag verteilte, kleinerer Mahlzeiten im Bewusstsein, wenn sie Bauchschmerzen und Übelkeit als Folgen von ungesunder Ernährung ansprachen.

Die letzten beiden Kategorien zielten auf einen völlig anderen Aspekt. Hierbei kam weniger ein funktionaler Aspekt zum Ausdruck als vielmehr ein Eigenwert gesunder (gemüse- und obsthaltiger) Ernährungsweisen, die mit einem besseren Geschmack oder einem anderen Ernährungserlebnis in Verbindung gebracht wurde. Eine weitere Kategorie („Es ist wichtig, weil es gesund ist.“) war in gewisser Hinsicht tautologisch, sie beinhaltet keine wirkliche Begründung.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die Schüler der Versuchsgruppe bei den beiden geschlossenen Fragen (d.h. die Kinder mussten zwischen richtigen und falschen Antworten wählen) häufiger die richtige Antwort gaben als die Schüler aus den Kontrollklassen. Bei den Zubereitungsmöglichkeiten von Obst konnten sie zudem mehr gesunde Gerichte benennen als die Kontrollgruppe. Bei den Fragen ohne Antwortvorgaben zeigten sich dagegen nur geringe Unterschiede, sodass man nicht sagen kann, dass die Schüler aus der Versuchsgruppe auf diese beiden Fragen ausführlicher, umfangreicher oder detaillierter geantwortet hätten. Dass dies nicht nur daran gelegen haben kann, dass diese Fragen mit dem Alltagswissen auch leicht von der Kontrollgruppe zu beantworten waren, zeigte sich an immerhin 14% bzw. 16% der Schüler aus den Versuchsklassen, die auf die jeweiligen Fragen gar keine Antworten gaben. Wie schon im letzten Jahr konnten alle beteiligten Schüler aus der Versuchsgruppe die gemeinsam gekochten Gerichte benennen.

Verkehrserziehung „Bus-Schule“

Die Verkehrsgesellschaft Ennepe-Ruhr (VER) hatte die „Bus-Schule“, ein Bustraining zum sicheren Umgang mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, im 2. und im 4. Schuljahr als Unterrichtsangebot im Rahmen des Projektes angeboten. Die Einheiten in der 2. Klasse hatten zum Ende des 2. Schuljahres hochsignifikante Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe hervorgebracht, die sich bei der Untersuchung des 3. Schuljahres allerdings wieder abgeschwächt hatten, sodass eine statistische Signifikanz nicht länger zu beobachten war. Dieses war vermutlich auch auf einen Wissenszuwachs in den Kontrollklassen zurückzuführen, die somit den mittels der Interventionsmaßnahmen erreichten Vorsprung der Versuchsklassen - vermutlich auf Grund von Alltagserfahrungen - aufholen konnten.

Mit der Abschlussbefragung wurden die aufeinander aufbauenden Inhalte aus beiden Schuljahren mit einer Bildaufgabe sowie sechs Fragen zu den Gefahren beim Ein- und Aussteigen in den Bus bzw. zum Verhalten bei der Busfahrt evaluiert. Insgesamt konnten die Schüler maximal 15 Punkte erreichen.

Die Schüler aus der Versuchsgruppe erlangten dabei mit 67,3% signifikant mehr Punkte als die Schüler aus der Kontrollgruppe (56,9%; $T=7,1 > 3,37$; $\alpha=0,001$). Die Abbildung 9.62 verdeutlicht, dass die Versuchsgruppe von allen Teilstichproben mit Abstand das höchste Ergebnis erzielte.

Ebenso wird weiterhin deutlich, dass es keinen nennenswerten Unterschied zwischen den beiden Kontrollgruppen 1 und 2 gab (58% gegenüber 56%; $T=0,83 < 1,66$; $\alpha > 0,05$). Die Vermutung, dass sich die wiederholten, jährlichen Befragungen auf das Gefahrenwissen der Schüler in der Kontrollgruppe 1 auswirken würden, konnte bei dieser Frage nicht belegt werden. Die Schüler aus der Kontrollgruppe 2, die lediglich zu Beginn des 1. Schuljahres und am Ende des 4. Schuljahres befragt wurden, gaben im Vergleich zu der Kontrollgruppe 1 weder quantitativ noch qualitativ abweichende Antworten.

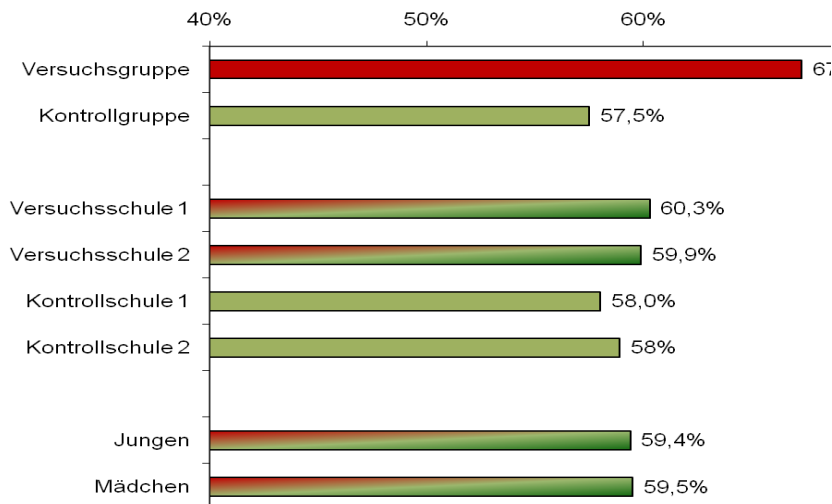


Abbildung 9.62: Ergebnis von einer Bildaufgabe und sechs Fragen zu den Inhalten der Bus-Schule für 187 Schüler aus den vier untersuchten Schulen.

Betrachtet man die Fragen im Detail, so zeigten sich die größten Unterschiede bei den Fragen zum Aussteigen aus dem Bus, z.B. beim richtigen Verhalten, wenn durch die sich hinter den Kindern schließende Bustür die Jacke oder die Tasche eingeklemmt würde. Das von Seiten des VER vermittelte Sicherheitsverhalten (Jacke offen lassen, um sie im Fall des Einklemmens schnell ausziehen zu können) wurde immerhin von 91% der Schüler aus der Versuchsgruppe erwähnt, ein Hinweis darauf, dass die vermittelten Inhalte der „Bus-Schule“ von Schülern im Detail verinnerlicht wurden. Mit einer weiteren Frage wurde das richtige Verhalten beim Einklemmen der Schultasche in der Tür nachgefragt. Hierauf antworteten alle 44 Versuchsklassenschüler, dass sie sofort loslassen würden, während immerhin 47% der Schüler der Kontrollgruppe sich für die angebotene Falschantwort („Ich lasse auf gar keinen Fall los, damit der Busfahrer sieht, dass da etwas eingeklemmt ist.“) entschieden.

Insgesamt erzielten die Schüler aus der Versuchsgruppe bei (fast) allen Fragen und auch zur Bildaufgabe zum Verhalten an der Bushaltestelle ein höheres Ergebnis. Lediglich das Bushaltestellen-Schild war den Schülern weniger bekannt (11% Fehlerquote) als denen der Kontrollgruppe (5%). Das „H“ (vgl. Abbildung 9.63) wurde dabei häufig im Sinne eines „Halt/Stopp“-Schildes fehlinterpretiert.



Abbildung 9.63

Sonstiges Verkehrswissen:

Im 4. Schuljahr fand in allen Klassen die gesetzlich vorgeschriebene und von der Polizei durchgeführte Radfahrausbildung statt. Sie beinhaltete die Vermittlung theoretischer Kenntnisse zur sicheren Teilnahme am Straßenverkehr, etwa das Wissen von Verkehrsregeln oder die Bestandteile eines verkehrssicheren Fahrrads sowie die Ausbildung radfahrpraktischer Fertigkeiten. Das Fahrrad stellt das wichtigste nichtmotorisierte Verkehrsmittel von Kindern und Jugendlichen dar, das

gleichermaßen zur Fortbewegung und bei der Freizeitgestaltung eingesetzt wird, und mit dem eine erhebliche Unfallgefährdung einhergeht. Von dem 9. bis zum 15. Lebensjahr ist das Radfahren die unfallträchtigste Mobilitätsform von Kindern und Jugendlichen.⁸⁷⁰

Da dieser Verkehrsunterricht für alle Klassen weitgehend einheitlich abläuft und weder seitens der Polizei noch der Schulen weitere Ressourcen für einen zusätzlichen, im Projekt verorteten Verkehrsunterricht zur Verfügung standen, entfielen für den Zeitraum des 4. Schuljahres weitere verkehrspädagogische Interventionsmaßnahmen in den Versuchsklassen. Von den verschiedenen Schulen wurde zudem einvernehmlich von einer ausführlichen Befragung verkehrstheoretischer Inhalte abgeraten, da die Schüler aller Klassen diese entsprechenden Inhalte direkt zuvor für die theoretische Radfahrprüfung ausführlich bearbeitet hatten. Daher wurde dieser Themenschwerpunkt bei der Abschlussbefragung nur am Rande behandelt, zumal die letzte verkehrspädagogische Intervention der Polizei im 3. Schuljahr stattgefunden hatte. Aus dem Projekt resultierende Wissensunterschiede der Kinder zum sicheren Verhalten im Straßenverkehr waren daher nicht zu erwarten. Insgesamt wurde der Aspekt der Verkehrssicherheit daher nur mit einer Bildaufgabe zum Verhalten von Inline-Skatern im Straßenverkehr evaluiert (vgl. Abbildung 9.64).

Zusätzlich wurde das vorhandene Wissen der Kinder über die Bedeutung von drei exemplarischen Verkehrszeichen (Zeichen 103 StVO: „*Vorfahrt: Rechts vor links*“, Zeichen 306 StVO: „*Vorfahrtsstraße*“ und Zeichen 267 StVO: „*Einfahrt verboten / Einbahnstraße*“; Abbildungen siehe Tabelle 9.12) erfragt.

Betrachtet man die Antworten zu diesen vier Aufgaben, so zeigt sich, dass die Antworten der Versuchs- (71% der zu erzielenden Punkte) und Kontrollklassen (66%) nicht signifikant voneinander abwichen ($T=1,41 < 1,66$; $\alpha > 0,05$). Dies entspricht den Erwartungen, da in den letzten 15 Monaten vor dem Befragungszeitpunkt keine speziellen verkehrspädagogischen Maßnahmen stattgefunden haben.






Abbildung 9.64

Angesichts der nur wenige Wochen zurückliegenden, theoretischen Radfahrausbildung waren die Fehlerquoten bei der Bedeutungszuschreibung der Verkehrszeichen überraschend hoch. In Tabelle 9.12 sind die Fehlerquoten zu den drei StVO-Zeichen aufgelistet. Auch wenn die Antworten über alle drei Zeichen nicht signifikant abwichen ($T=1,5 < 1,98$; $\alpha > 0,05$), wurde die Trennung zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe in der Tabelle beibehalten.

⁸⁷⁰ vgl. Limbourg: Kinder unterwegs im Straßenverkehr, S. 31. Wobei gerade bei den Radfahrunfällen noch eine hohe Dunkelziffer zu berücksichtigen ist. Nach Limbourg wird nur einer von zehn Kinderradfahrunfällen polizeilich registriert; vgl. „ebd.“, S. 22.

Tabelle 9.12: Falschantworten auf die Frage nach der Bedeutung der Verkehrszeichen

Verkehrszeichen	Fehlerquote Gesamt (n=187)	Fehlerquote Versuchsgruppe (n=44)	Fehlerquote Kontrollgruppe (n=143)
	53,5%	38,6%	58%
	19,8%	15,9%	21%
	21,9%	22,7%	14,7%

Diese relativ hohe Fehlerzahl überraschte nicht nur angesichts der ansonsten vergleichsweise wenigen Falschantworten zu den anderen abgefragten Themen der Sicherheits- und Gesundheitserziehung, sondern gerade in Anbetracht des zeitlichen Umfangs den die theoretische Verkehrserziehung im 4. Schuljahr einnahm. Mithin jedes zweite Kind zeigte große Unsicherheit bei der Vorfahrtsregelung „*Rechts vor links*“. Schüler, die bei diesem Verkehrszeichen falsch lagen, gaben zudem mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei dem zweiten Schild zur Vorfahrtsregelung eine falsche Antwort ($\phi_{\text{kor}}=0,65$).

Gewaltprävention

Nachdem sich die Gewaltprävention des 3. Schuljahres auf die gewaltfreie Lösung von Konflikten konzentriert hatte, wobei die Gewaltspirale thematisiert und Lösungsstrategien für Beobachter, Helfer und Opfer von Gewaltsituationen erarbeitet worden waren, wurde mit den Unterrichtseinheiten des 4. Schuljahres das Spektrum der Gewaltprävention von der Gewalt gegen Personen auf Gewalt gegen Sachen ausgeweitet. Bei dem im Laufe des 3. Schuljahres durchgeführten Gewaltpräventionsprogramm war deutlich geworden, dass die Kinder den Gewaltbegriff weitgehend auf körperliche Gewalt beschränken. Sachbeschädigung wurde offensichtlich nicht als eine Gewaltform angesehen, evtl. aus der kindlichen Perspektive heraus, dass Gegenstände keinen Schmerz empfinden können. Ein Anliegen der Polizei bestand folglich darin, den Gewaltbegriff zunächst umfassender zu definieren als dies im Alltag der Kinder sonst der Fall zu sein scheint. Vor diesem Hintergrund eines weiter gefassten Gewaltbegriffs wurden die Schüler in einer ersten Frage gebeten, einzuschätzen, ob die Tätigkeiten:

- ein anderes Kind (grundlos) schlagen (stellvertretend für körperliche Gewalt),
- eine Autoantenne abbrechen (stellvertretend für eine Sachbeschädigung)
- und in einem Geschäft etwas klauen (stellvertretend für Diebstahlsdelikte) für sie Formen von Gewalt beschreiben würden.

In Abbildung 9.65 sind die Antworten der Kinder - nach Versuchs- und Kontrollgruppe unterschieden - dargestellt.

Gewaltdefinitionen der Kinder

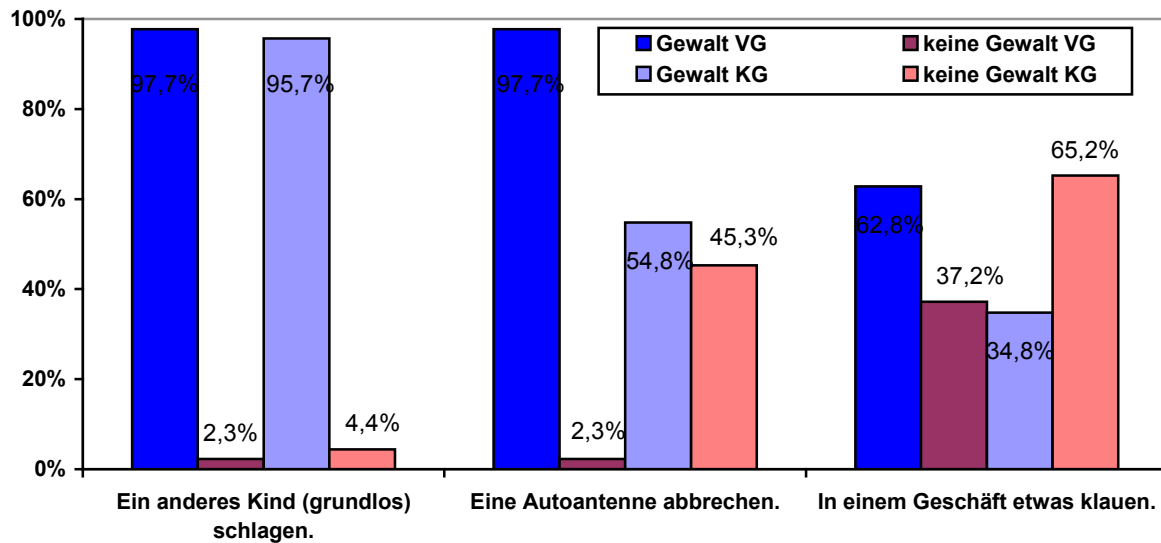


Abbildung 9.65: Antworten von 181 Schülern aus den vier untersuchten Schulen.

Während bei der körperlichen Gewalt erwartungsgemäß kein Unterschied im Gewaltverständnis zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe beobachten werden konnte - überraschend sind hierbei vielmehr die Kinder, die dies nicht als „Gewalt“ bezeichnen würden -, konnte der Gewaltbegriff in der Versuchsgruppe im Sinne der Interventionsmaßnahmen auf die „Sachbeschädigung“ und zumindest teilweise auf den „Ladendiebstahl“ erweitert werden. Während das Abbrechen einer Autoantenne von nahezu allen Kindern der Versuchsgruppe als Gewaltform bezeichnet wurde, verteilte sich die Einschätzung der Kontrollgruppe in beide Richtungen nahezu gleichermaßen (Gewalt: 55%, keine Gewalt: 45%). Den Ladendiebstahl stufen ca. zwei Drittel der Schüler aus der Versuchsgruppe als Gewaltform ein, dies war immerhin ein Drittel mehr als bei der Kontrollgruppe (35%).

Die zweite Frage zu diesem Themenbereich zielte über die Definition des Gewaltbegriffs hinausgehend darauf ab, inwieweit die Schüler die entsprechenden Delikte verhindern würden, wenn „ein Freund“ sie zu begehen plant. Die Schüler mussten sich im Gedankenexperiment entscheiden, ob ihnen das Delikt schwerwiegend genug erschien, dass sie zur dessen Vermeidung einen Streit riskieren, oder ob sie, etwa der Freundschaft wegen, nicht eingreifen würden. Hierauf antworteten bis auf wenige Ausnahmen fast alle Kinder, dass sie entsprechende Handlungen verhindern würden. Dies dürfte aber vermutlich nicht nur allein das Ergebnis einer couragierten Einstellung sein, sondern zum Teil auch ein sozial erwünschtes Antwortverhalten ausdrücken.

Die vereinzelt „Nein“-Antworten (je nach Item fünf bis acht Nennungen) der Versuchsgruppe kamen von vier, die der Kontrollgruppe von zehn verschiedenen Kindern. Es waren demnach keinesfalls immer die gleichen Kinder, die bei allen Handlungen nicht eingreifen würden. Die meisten „Nein“-Antworten, das heißt die

größte Delikttoleranz, gab es beim Abbrechen der Autoantenne. Die Korrelationskoeffizienten waren bei der relativ einseitigen Verteilung der zweiten Frage nicht aussagekräftig, ein Zusammenhang zwischen Gewaltdefinition und Eingreifen ließ sich bei den wenigen Einzelfällen daher nicht überprüfen.

Im 3. Schuljahr hatte die Polizei ein Konflikttraining mit den Schülern durchgeführt und dabei Verhaltenshinweise für Opfer und Beobachter von beginnenden und bereits fortgeschrittenen, körperlichen Auseinandersetzungen vermittelt. Die wesentlichen Inhalte waren mit zwei Bildimpulsen, zu denen die Schüler ihr Lösungsverhalten benennen sollten, evaluiert worden. Bei den Antworten zu beiden Aspekten zeigten sich signifikante Unterschiede. Das Konfliktverhalten der Schüler aus den Versuchsklassen orientierte sich in diesen Gedankenexperimenten stark an den von der Polizei empfohlenen Verhaltensregeln. Hinsichtlich des Opferverhaltens wurde mit der Abschlussbefragung am Ende des 4. Schuljahres eine Langzeitevaluation dieser Maßnahme vorgenommen.

Als wichtigstes Erfolgskriterium war anzusehen, inwieweit die Schüler gewalt- bzw. konfliktorientiert auf eine derartige Situation reagieren würden, da eine aggressive, die Gewaltspirale verstärkende Reaktion, dem Gedanken der Gewaltprävention widersprach. Zu diesen gewaltverstärkenden Verhaltensmustern wurde neben körperlicher Gewalt („*Ich schlage zurück*“) auch verbal beleidigendes Verhalten („*Ich beschimpfe ihn*“) gezählt, da beides vermutlich eine Intensivierung der Auseinandersetzung zur Folge hat. In Abbildung 9.66 sind die Antworten der Schüler für diese beiden Kategorien - nach Versuchs- und Kontrollgruppe unterschieden - dargestellt.

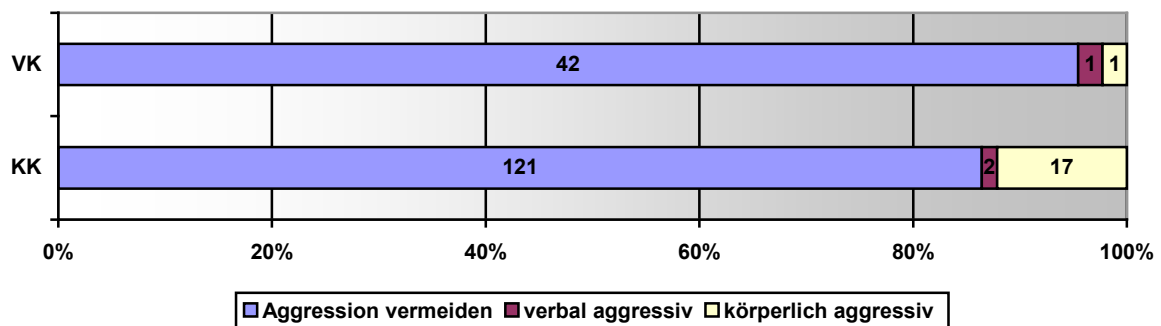


Abbildung 9.66: Kategorien der Antworten zum Opferverhalten (absolute Zahlen) für 184 Schüler aus den vier untersuchten Schulen, unterschieden nach Versuchs- und Kontrollklassen.

In den Versuchsklassen waren es lediglich zwei Kinder, die angaben, verbal oder körperlich aggressiv auf die abgebildete Situation zu reagieren. In der Kontrollgruppe würde sich die Mehrheit zwar ebenfalls eher konfliktvermeidend verhalten, jedoch würden immerhin 14% der Kinder durch ihr Verhalten zum Fortschreiten des Konfliktes beitragen. Der Unterschied hatte sich gegenüber dem Vorjahr etwas abgeschwächt, da das konfliktbereite Verhalten in der Kontrollgruppe abgenommen

hatte, die Differenz war jedoch wie im Vorjahr als signifikant anzusehen ($\chi^2=2,74>2,71$; $df=1$; $\alpha=0,05$; einseitig).

Bei den Antworten der Versuchsgruppe dominierte wie im Jahr zuvor die Antwortkategorie „*Ignorieren*“, die immerhin von 41% dieser Schüler genannt wurde; in der Kontrollgruppe erwähnten lediglich 12% diese Möglichkeit. „*Ruhig bleiben*“ (von weiteren 9% der Versuchsgruppe angegeben) und den Täter weitgehend zu ignorieren war das empfohlene Verhalten der Polizei, da jede Interaktion mit dem Angreifer zu einer Verschärfung des Konfliktes beitragen kann. In diesem Zusammenhang wurde den Schülern auch davon abgeraten, das Gespräch mit dem Angreifer zu suchen, da selbst zur Beschwichtigung eingesetzte Sätze Anlass für eine Intensivierung der Auseinandersetzung liefern können. Trotz dieser Empfehlung würden immerhin noch 23% der Versuchsgruppenschüler den „*Täter ansprechen*“ (im Vorjahr nur 9%), allerdings lag dieser Wert immer noch unterhalb von dem der Kontrollgruppe (34%, Vorjahr: 26%). Neben dieser Antwortkategorie wurden von den Schülern aus den Kontrollklassen v.a. das „*Weglaufen*“ (41%, VK: 16%) und „*Hilfe holen*“ (ohne weitere Angabe, 23% - VK: 11%) erwähnt. Die Häufigkeit der Antworten in diesen Kategorien entsprach weitgehend denen in der vorhergehenden Befragung.

Wesentlich häufiger als am Ende des 3. Schuljahres wurde die Möglichkeit „*Gezielt andere Leute um Hilfe bitten*“ erwähnt. Hierzu war beim Entwurf des Bildes extra eine Gruppe Jugendlicher sichtbar im Hintergrund platziert worden, die als mögliche Helfer eingreifen könnten. Während dies im letzten Jahr nur von Einzelfällen in Erwägung gezogen wurde, kam diese Antwort in der aktuellen Befragung von 8% der Schüler (kein Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollklassen).

Wie im Vorjahr erwähnten acht (=4%) der Schüler, dass sie in oder nach einer solchen Situation die Polizei rufen würden, auch abhängig davon, wie der Konflikt verlaufen und ausgehen würde.

Des Weiteren bleibt festzuhalten:

- Zwischen den Schulen ergaben sich keine Unterschiede, wenn man den oben genannten Einfluss der Versuchsklassen herausrechnete.
- Wie schon im Jahr zuvor würden die Jungen (17%) häufiger körperlich bzw. verbal aggressiv reagieren als Mädchen (6%; $\chi^2=7,6>6,62$; $df=1$; $\alpha=0,01$; zweiseitig). Der Einfluss des Geschlechts war damit weiterhin größer als der der Unterrichtseinheiten. Die Mädchen neigten in ihrem angegebenen Verhalten dagegen stärker dazu, den Täter anzusprechen ($\chi^2=6,2>3,84$; $df=1$; $\alpha=0,05$; zweiseitig).

Mit einer weiteren Frage wurden die Kinder ganz allgemein gefragt, wie sie reagieren würden, wenn sie „*von einem anderen Kind beschimpft oder geärgert*“ würden. Diese Frage sollte zum einen die Konfliktthematik des vorausgehenden Bildes vertiefen, und diente zum anderen als Übergang zu den die Befragung abschließenden Fragen zur „*Selbstentspannung*“. Die Antworten der Schüler auf diese Fragen wurden ebenfalls mit einem Kategoriensystem ausgewertet. Die Verteilung der Antworten in der Gesamtstichprobe sowie die Zahlen für die Versuchs- und Kontrollklassen sind der Tabelle 9.13 zu entnehmen.

Tabelle 9.13: Antwortkategorien auf die Frage „Wenn du von einem anderen Kind beschimpft/geärgert wirst, was machst du dann?“ (Mehrfachantworten möglich)

Kategorie	Häufigkeit (Prozent) gesamt	Prozentwert in der Versuchsgruppe	Prozentwert in der Kontrollgruppe
„Ignorieren“	78 (32,2%)	54,6%	38,3%
„Hilfe holen / das jemandem sagen“	69 (28,5%)	40,9%	36,2%
„Das Gespräch suchen, darüber reden“	55 (22,7%)	27,3%	30,5%
„Zurückbeschimpfen, drohen, mich wehren“	26 (10,8%)	4,8%	17%
„Demjenigen aus dem Weg gehen“	11 (4,6%)	4,8%	6,4%
„Mich beruhigen, abreagieren“	3 (1,2%)	2,3%	1,4%
Gesamt	242 Nennungen (=100%) von 185 Schülern		

Die Tabelle deckt an zwei Punkten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe auf: Die Kategorie „*Ignorieren*“ wurde in der Versuchsgruppe prozentuell häufiger erwähnt als von der Kontrollgruppe. Wesentlich seltener genannt wurde dagegen die Möglichkeit, auf eine Beschimpfung ebenfalls verbal aggressiv zu reagieren. Von den insgesamt 26 „*aggressiven*“ Nennungen stammten lediglich zwei von Schülern aus den Versuchsklassen. Beide Aspekte unterstreichen damit das Ergebnis der vorhergehenden Bildaufgabe, demnach sich die Schüler aus der Versuchsgruppe bei ihren Antworten stärker an einem konfliktvermeidenden Vorgehen orientiert haben als die Schüler aus den Kontrollklassen.

Selbstentspannung

Da kindliche Auseinandersetzungen auch das Resultat von Frustrationen und unzureichender Stressbewältigung sind, stand die zeitlich letzte Interventionsmaßnahme des Projektes, die Einführung in das Autogene Training für Kinder, in enger Verbindung zur Gewaltprävention (vgl. Kapitel 5.3.4.1). Nach Lohaus/Klein-Heßling ist die Erweiterung des Bewältigungsrepertoires der Kinder eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung in der Schule. Auf Grund der vielfach noch eingeschränkten Möglichkeiten für ein problemorientiertes Coping bei Grundschulkindern (das stressauslösende Ereignis kann häufig noch nicht analytisch durchdacht oder maßgeblich beeinflusst werden), ist gerade die Vermittlung von emotionsorientierten Entlastungsstrategien sinnvoll.⁸⁷¹

Beim Autogenen Training sollten die Schüler zunächst ausgehend von Körperwahrnehmungsübungen verschiedene Ruhe- und Entspannungszustände erfahren, um anschließend mittels kindgerechter Suggestionsformeln lernen, wie sie sich in einen ruhigen und entspannten Zustand bringen können. Als Methode wurde

⁸⁷¹ vgl. Lohaus/Klein-Heßling: Stress und Stressbewältigung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S.335.

eine Phantasiereise eingesetzt, in die die Atem- und Körperübungen des Autogenen Trainings eingebettet waren.

Den Schülern wurden verschiedene Anwendungsmöglichkeiten des Autogenen Trainings genannt, etwa bei Angst oder Aufregung, wenn sie wütend sind oder sich nicht richtig konzentrieren können. Mit dieser Unterrichtseinheit wurde das Projekt um den Aspekt des Bewältigungshandelns ergänzt, so wie es Lohaus nahe legt, wenn er von der Gesundheitserziehung/-förderung einfordert, dass sie adäquate Bewältigungsstrategien zum Umgang mit, im Kindes- und Jugendalter auftretenden, Problemen und Anforderungen vermitteln soll.⁸⁷²

Die Evaluation dieser Einheit erfolgte durch zwei Fragen, wobei lediglich die erste davon auch in den Kontrollklassen gestellt wurde. Mit der ersten Frage wurden die Kinder aufgefordert, Möglichkeiten zu nennen, mit denen sie sich selbst beruhigen können, wenn sie „*sehr wütend, aufgeregt oder ängstlich*“ wären. Bei den Schülern der Versuchsgruppe sollte so erfasst werden, wie sehr ihnen die vermittelte Entspannungstechnik des Autogenen Trainings als eine alltagsrelevante Stressbewältigungsstrategie bewusst geworden war. Die Angaben der Kontrollgruppe sollten zeigen, inwieweit die verschiedenen Varianten der Selbstentspannung bei den Grundschulern unabhängig von den Interventionsmaßnahmen des Projekts verbreitet waren, etwa weil sie z.B. zuvor von Eltern oder Lehrern bereits vermittelt worden sind. Die Tabelle 9.14 listet die Häufigkeiten der verschiedenen Antwortkategorien auf.

Von 186 Schülern nannten 148 (=80%) auf den oben genannten Frageimpuls eine Möglichkeit, wie sie mit derartigen Belastungen umgehen könnten. Die Prozentwerte der Kinder, die auf die Frage gar keine Entlastungsstrategie angeben konnten, lagen an allen vier Schulen (kein Unterschied zwischen Versuchs- wie Kontrollgruppe) zwischen 18% und 22%. Die häufigste genannte Bewältigungsform bestand darin, sich medial abzulenken, sei es durch Lesen, Fernsehen oder Musik hören (bzw. selbst spielen). Diese Kategorie wurde von nahezu jedem vierten Schüler genannt. Die zweithäufigsten Nennungen entfielen auf die Antworten wie „*Sich körperlich abreagieren*“ oder „*Sport treiben*“; ca. 17% der Schüler nannten eine bewegungsorientierte Stressbewältigungsstrategie. Insgesamt zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe: So wurden von den Kindern aus den Versuchsklassen diese beiden Aspekte deutlich seltener genannt als von den Kontrollklassenkindern: Nur 14% der Schüler aus der Versuchsgruppe (gegenüber 25%) erwähnten eine mediale Ablenkung, nur 2% (gegenüber 17%) eine sportliche Entlastung vom psychischen Stress (vgl. Abbildung 9.67).

⁸⁷² vgl. Lohaus: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, S. 43ff.

Tabelle 9.14: Kategorisierte Antworten der Kinder auf die Frage: „Kennst du eine Möglichkeit, dich selbst zu beruhigen, wenn du sehr wütend, aufgeregt oder ängstlich bist?“ (Eine Antwort konnte mehrere Kategorien enthalten.)

Kategorie	Beispielantwort	Häufigkeit der Nennungen
Medial „abschalten“ (lesen, fernsehen, malen, spielen, Computer, Musik hören oder spielen)	„Ich lese ein Buch und höre dazu meine Lieblingsmusik.“	41
Sich körperlich abreagieren, Sport treiben	„Dann schlage ich zu Hause gegen meinen Boxsack.“	25
Entspannungsformel aufsagen	„Ich sage mir die in der Schule gelernten Sätze auf.“ „Ich mache das Autogene Training.“ „Ich zähle bis 10.“	23
Ablenken (ohne weiteren Zusatz)	„Ich denke einfach an etwas anderes.“	21
Zurückziehen, spazieren gehen	„Dann gehe ich in mein Zimmer und will allein sein oder nach draußen und gehe spazieren.“	14
Kuscheln (mit (Stoff-) Tieren, Eltern)	„Dann schmuse ich mit meinen Katzen.“	11
Atemkontrolle	„Ich versuche ganz langsam zu atmen, um mich zu beruhigen.“	9
Schlafen	„Ich lege mich auf mein Bett und versuche zu schlafen.“	9
Kognitive Verarbeitung	„Dann sage ich mir, das ist halt so, daran kann man nichts ändern.“	6
Entspannen (unbestimmt)	„Ich versuche, mich zu entspannen.“	6
Sonstige	essen, beten, mit Freunden treffen,...	8
Keine Antwort	-	38
2 missings		

Von den 44 Schülern der Interventionsgruppe sagten 15 (=34%), dass sie in Stresssituationen die bei der Selbstentspannung gelernten Merksätze anwenden würden, weitere vier (=9%), sagten, dass sie sich dann „entspannen würden“, ohne aber genauer anzugeben, wie dies ablaufen würde („Entspannen (unbestimmt)“). Der Anteil der Schüler, der sich bei der Beantwortung der Frage an den Unterrichtsinhalten orientierte, lag demnach bei ca. 45%. Von den Schülern aus den Kontrollklassen fanden sich ähnliche Aussagen nur (oder immerhin) bei 12% der Schüler. Es ist zu vermuten, dass diese Kinder die Selbstentspannung in der Familie erlernt haben.

In Abbildung 9.67 sind die wichtigsten Kategorien nach Versuchs- und Kontrollgruppe getrennt abgebildet. Die Kategorien „Entspannungsformel/-technik“, „Entspannen (unbestimmt)“ und „Atemkontrolle“ wurden als die verschiedenen Bestandteile einer Entspannungstechnik - wie das Autogene Training - zusammengefasst. Angegeben sind die Prozentzahlen, wie häufig dieser Aspekt in der jeweilige Teilstichprobe erwähnt wurde.

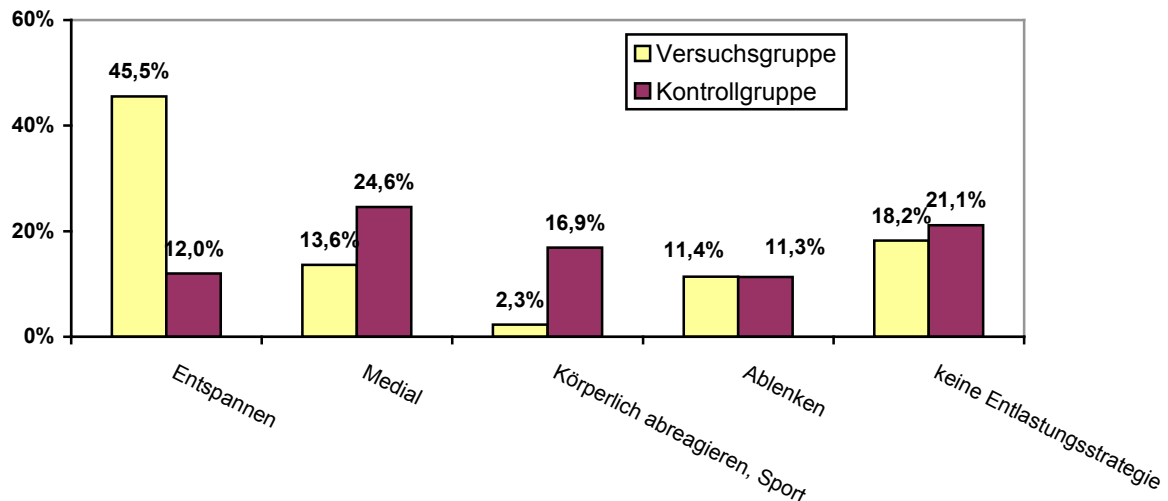


Abbildung 9.67: Antwortverteilung in Versuchs- und Kontrollgruppen bei den sechs am häufigsten genannten Kategorien auf die Frage: „Kennst du eine Möglichkeit, dich selbst zu beruhigen, wenn du sehr wütend, aufgeregt oder ängstlich bist?“ Eine Antwort konnte mehrere Kategorien enthalten. Antworten für 186 Schüler aus den vier Schulen.

Die Abbildung verdeutlicht, dass die Antworten der Schüler aus der Versuchsgruppe einen anderen Umgang mit Stress und belastenden Situationen zum Ausdruck bringen als die Antworten der Kontrollgruppe. Die verschiedenen Bausteine einer Entspannungstechnik wurden von fast jedem zweiten Schüler der Versuchsklassen in der einen oder anderen Form erwähnt. Der Unterschied in den Antworten zu den Kontrollschülern ist bei dieser Kategorie hoch signifikant ($\chi^2=23,6>10,8$; $df=1$; $\alpha=0,001$). Allerdings ist auch zu erwähnen, dass der Anteil der Kinder, die auf die Frage keine Entlastungsstrategie angeben konnten, in Versuchs- und Kontrollgruppe gleich groß war ($\chi^2=0,2<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$). Dies deutet daraufhin, dass die Unterrichtseinheit zum Autogenen Training zumeist vorhandene Stressbewältigungsstrategien ersetzt, oder besser gesagt: „ergänzt“, haben. Der Anteil an Kindern, die keine Stressbewältigungsstrategien kannten bzw. nannten, konnte dagegen nicht verändert werden.

Mit der zweiten Frage wurde abschließend - und zwangsläufig nur in den Versuchsklassen - nach den Merksätzen gefragt, welche die für die Unterrichtseinheit verantwortliche Psychotherapeutin den Kindern vermittelt hatte. Hierbei ergab sich ein großer Unterschied zwischen den beiden Versuchsklassen, der nicht anders gedeutet werden kann, als dass die Unterrichtseinheiten in dieser Hinsicht nicht völlig identisch waren. Während an der Versuchsschule 1 19 von 22 Schülern problemlos gleich mehrere der Merksätze, wie

- „Das Wissen fließt mir aus dem Füller, das ist ein Knüller.“
- „Konzentriert geht's wie geschmiert.“
- „Ruhe und Stille, das ist mein Wille.“
- „Ich konzentriere mich jetzt, dann werd ich auch versetzt.“

wiedergeben konnten, erfolgte dies nur von einem Kind (bei ebenfalls 22 Schülern) an der Versuchsschule 2. Einige Kinder nannten zwar Sätze, wie „Ich bin ganz ruhig“

oder „*Ich konzentriere mich*“, doch in viel geringerer Zahl als an der Versuchsschule 1. Eventuell fehlte an der Versuchsschule 2 am Ende der Unterrichtseinheit die Zeit für eine intensivere Besprechung/Wiederholung der Merksätze. Bei der vorausgehenden Frage nannten beide Klassen im vergleichbaren Umfang Maßnahmen der Selbstentspannung („*Ich zähle bis 10, sage mir, dass ich ruhig werden muss*“), einzig die Merksätze wurden von den Schülern der Versuchsschule 2 nicht erwähnt. Die hohen Werte in der Versuchsschule 1 unterstrichen den Lernerfolg beim Autogenen Training zumindest für diese Versuchsklasse deutlich.

9.5.4 Elternbefragung

Die Ergebnisse der Elternfragebögen werden nicht in chronologischer Reihenfolge, sondern nach thematischen Gesichtspunkten vorgestellt. In der Tabelle 9.3 ist der jeweilige Stichprobenumfang mit dem Anteil der Eltern von Kindern aus der Versuchsgruppe dargestellt. Soweit signifikante Unterschiede nicht ausdrücklich erwähnt werden, bilden die Daten keine relevanten Differenzen zwischen den einzelnen Schulen bzw. zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe ab.

Die Antworten zum Ernährungsverhalten und den zu Grunde liegenden Einstellungen aus den Elternbefragungen sind in Kapitel 5.3.2 zu finden.

Die erhobenen Daten zur Unfallbiographie (Unfallhäufigkeit, -arten, -orte, -ursachen) aller fünf Erhebungszeitpunkte sowie zum Tragen von Schutzkleidung (Fahradhelm, Protektoren) und zur Verbreitung von Unfallschutzvorrichtungen im Elternhaus befinden sich im Kapitel 5.3.3.

Die erhobenen Daten aus den Elternbefragungen zur Kriminalitäts- und Gewaltprävention befinden sich im Kapitel 5.3.4.

9.5.4.1 Vorsorgeuntersuchungen/Schutzimpfungen

Mit der Elternbefragung zu Beginn des 1. Schuljahres wurde nach der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) und nach dem Impfschutz der Kinder gefragt. Die Antworten auf beide Fragen wurden mit den Statistiken für Schulanfänger des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst von NRW für das Jahr 2001 verglichen.⁸⁷³ Hierbei zeigte sich in beiden Fällen eine hohe Übereinstimmung zwischen den Angaben. Auffällig war zudem, dass die Gesundheitsvorkehrungen der Eltern an der Versuchsschule 2 geringer waren als die angegebenen Werte für die Kinder an den anderen beiden Schulen und die repräsentativen Zahlen für NRW.

Von den insgesamt neun Vorsorgeuntersuchungen wurden die ersten sieben durchgehend von über 90% der Eltern genutzt. Ab der U8 (mit 87%) und der U9 (mit 85%) sank die Teilnahme sowohl in der vorliegenden Stichprobe als auch in den

⁸⁷³ vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse 2001, S. 30ff. Die Daten des Landesinstituts konnten zu 85% anhand vorgelegter Untersuchungs- und Impfhefte belegt werden. Die Stichprobe umfasste die Daten von 153.500 Kindern.

durch das Landesinstitut erfassten Daten gleichermaßen ab. Es ergaben sich über alle neun Untersuchungen hinweg keine signifikanten Unterschiede zwischen den Schulen ($\alpha > 0,05$; ANOVA). Lediglich die U9 war von den Eltern der Versuchsschule 2 in einem deutlich geringeren Umfang (76%) wahrgenommen worden. Die Teilnahme der Eltern der Versuchsschule 1 (89%) und der Kontrollschule 1 (91%) lag geringfügig über dem Landesdurchschnitt. Mit zunehmender Kinderzahl innerhalb der Familie wurden die Untersuchungen weniger stark besucht: Die Eltern von Einzelkindern nutzten in 92% der Fälle alle neun Untersuchungen, bei mehreren Kindern sank die Teilnahmequote auf 84% ab.

Auch bei den Schutzimpfungen⁸⁷⁴ zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung der Daten des Landesinstitutes und denen der Versuchsschule 1 und der Kontrollschule 1. Dagegen wiesen die Kinder der Versuchsschule 2 bei allen Impfungen den niedrigsten Impfschutz auf (durchschnittliche Impfquote 73%; Versuchsschule 1: 85%; Kontrollschule 1: 87%; vgl. Abbildung 9.68).

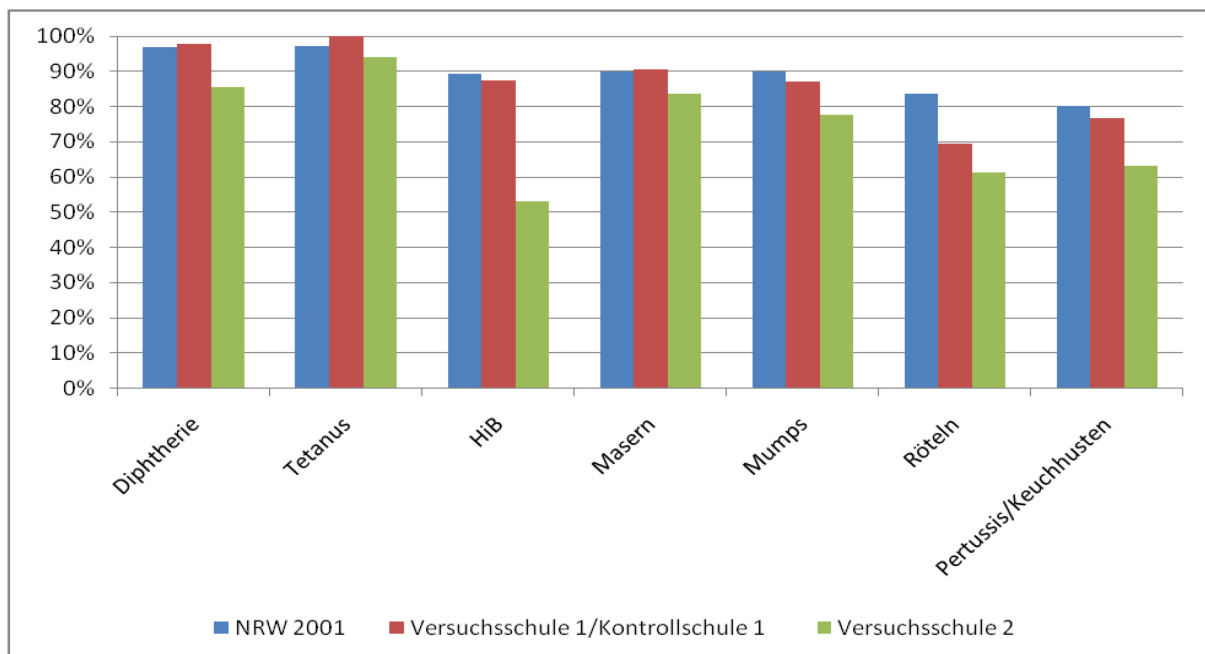


Abbildung 9.68: Angaben zum Impfschutz. Vergleich der Daten der Stichprobengruppen Versuchsschule 1/Kontrollschule 1 und Versuchsschule 2 mit denen des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Stichprobengröße: 153.500). Angaben für 150 Eltern aus den drei genannten Schulen. Die Frage war in der Elternbefragung an der Kontrollschule 2 nicht enthalten. Quelle: Elternfragebogen zu Beginn des 1. Schuljahres.

Im Schwellenkonzept von Schmidt stellt die unterschiedliche Nachfrage kostenloser Gesundheitsvorsorgemaßnahmen die zweite Entwicklungsschwelle dar, in der sozial ungleiche Rahmenbedingungen verschiedener sozialer Milieus und der daraus stammenden Familien zum Ausdruck kommt.⁸⁷⁵ „Als Gründe werden

⁸⁷⁴ In Deutschland besteht keine Impfpflicht, jedoch werden die wichtigsten Impfungen von der obersten Gesundheitsbehörde empfohlen.

⁸⁷⁵ vgl. Schmidt (Hrsg.): Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, S. 48. Siehe auch Punkt 9.5.1.

Schwellenängste beim Gang zum Kinderarzt, der geringere Bekanntheitsgrad dieser Untersuchung, ein unzureichender Grad der Integration oder die Gesundheitskonzepte und Einstellungen bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen gesehen.⁸⁷⁶ Milieubedingt erklärbare Unterschiede im Gesundheits- und Freizeitverhalten von Eltern und Kindern konnten, trotz nur eher ungenauer Bestimmung der sozialen Ausgangsmilieus über die Einzugsgebiete der Schulen, wie folgt nachgewiesen werden:

Die Eltern der Versuchsschule 2

- waren am seltensten im Sportverein aktiv (vgl. 5.3.1.2.2),
- brachten in ihren Antworten zumindest teilweise ein problematischeres Ernährungsverhalten zum Ausdruck (vgl. 5.3.2.2).

Die Kinder der Versuchsschule 2

- hatten die größten motorischen Defizite,
- waren am seltensten im Sportverein aktiv,
- verbrachten von allen Teilstichproben die meiste Zeit vor dem Fernseher (vgl. 5.3.1.2.2),
- besaßen den geringsten Impfschutz und die geringste Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen.

9.5.4.2 Mobilitätserziehung/-verhalten

Nahezu alle befragten Eltern (94%) stimmten zu Beginn des 1. Schuljahres der Aussage „Der Straßenverkehr ist für Kinder im Grundschulalter eine ständige Bedrohung“ zumindest teilweise zu. Für 58% der Eltern traf dieses Urteil sogar „voll zu“. Auf die Frage, wer (vorgegebene Antwortmöglichkeiten waren: die Eltern, die Polizei, die Schule) in erster Linie für die Verkehrserziehung der Kinder zuständig sei, bezeichnete sich der Großteil (89%) der Eltern selbst als hauptverantwortliche Akteure. Allerdings wies immerhin auch eines von zehn Elternteilen den staatlichen Einrichtungen von Polizei und Schule die Hauptverantwortung zu (vgl. Abbildung 9.69).

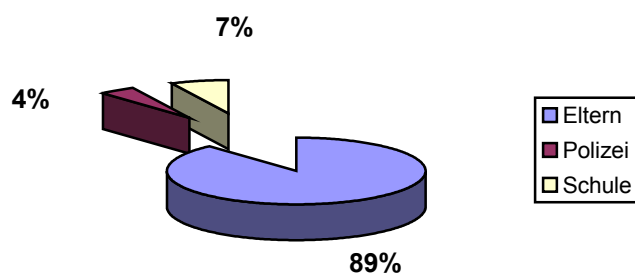


Abbildung 9.69: Antworten von 176 Eltern der vier untersuchten Schulen auf die Frage: „Welche dieser Gruppen sehen Sie in erster Linie für die Verkehrserziehung der Kinder verantwortlich?“
Quelle: Elternfragebogen Beginn 1. Schuljahr.

Von diesen Einschätzungen ließ sich ableiten, dass der überwiegende Teil der Eltern vermutlich entsprechende verkehrspädagogische Maßnahmen durchgeführt hatte, um ihre Kinder auf die Teilnahme am Straßenverkehr vorzubereiten. Darauf weisen

⁸⁷⁶ Mossakowski/Süß: „Daten für Taten“: Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 31.

auch die Antworten zu den weiteren Fragen zur Verkehrserziehung im Elternhaus hin. Hierbei bestätigten:

- 98% der Eltern, dass sie mit ihren Kindern das sichere Überqueren einer Straße eingeübt haben.
- 93% der Eltern, dass sie das Verhalten ihrer Kinder im Straßenverkehr kontrollieren.
- 87% der Eltern, dass sie mit ihrem Kind den Schulweg abgegangen sind. Bei den Kindern, die ihren Schulweg zu Fuß zurücklegen, lag der Anteil bei 98%.
- 76% der Eltern, dass sie bei ungünstiger Witterung darauf achten, dass ihre Kinder helle Kleidung tragen. Umgekehrt bedeutet dies aber auch, dass etwa ein Viertel der Eltern auf diese Maßnahme der Unfallvorbeugung nur wenig Wert legte.

Das Ausmaß der Vorbereitung auf die Teilnahme am Straßenverkehr hing von dem Verantwortungsgefühl der Eltern ab. Demnach hatten die Eltern, die sich in erster Linie selbst für die Verkehrserziehung ihrer Kinder verantwortlich sahen, ihre Kinder umfassender auf den Straßenverkehr vorbereitet ($T=2,1 > 1,96$; $\alpha=0,05$). Keine Unterschiede zeigten sich bei den Antworten der Eltern aus der Versuchs- und aus der Kontrollgruppe ($\alpha > 0,05$).

Zu den Zielen der Mobilitätserziehung gehört die Entwicklung hin zu einer sicheren und umweltschonenden Verkehrsmittelwahl. Heranwachsende sollen dabei die öffentlichen Verkehrsmittel und die nichtmotorisierten Mobilitätsformen, wie das Radfahren und Zufußgehen, als Alternativen zum motorisierten Individualverkehr (bei Kindern als Mitfahrer) kennenlernen.⁸⁷⁷ Aktuell legen Kinder bis zum zehnten Lebensjahr einen Großteil ihrer Wege zu Fuß zurück. Bei größeren Entfernungen werden sie häufiger von Erwachsenen mit dem Auto gefahren, als dass sie die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen. Das Fahrrad gewinnt erst ab dem zehnten Lebensjahr für das kindliche Mobilitätsverhalten entscheidend an Bedeutung hinzu.⁸⁷⁸

Das Zufußgehen besitzt den Vorteil, dass die Kinder ihre unmittelbare Umgebung aus räumlicher und sozialer Perspektive wahrnehmen lernen, zudem fördert es ebenso wie das Radfahren die körperliche Aktivität und stellt eine umweltschonende Mobilitätsform dar. Die gesundheitsfördernde Wirkung liegt nicht alleine in der körperlichen Bewegung begründet, sondern auch darin, dass weniger Schadstoffe freigesetzt und letztlich eingeatmet werden. Zudem erhöht das Zufußgehen die Verkehrssicherheit, denn: *„Die Autofahrt zur Schule schützt die eigenen Kinder, vergrößert aber das Unfallrisiko für die anderen, die nicht gefahren werden.“*⁸⁷⁹ Allerdings ist das Zufußgehen zumeist auf die kurzen Wege im Nahraum beschränkt. Da das Fahrrad im Grundschulalter in der Regel noch nicht sicher genug beherrscht und bis zum zehnten Lebensjahr vielfach eher Spielgerät genutzt wird, bieten gerade die öffentlichen Verkehrsmittel den Kindern die Möglichkeit, den Bewegungsspielraum zu erweitern und dabei zugleich selbstständig und sicher mobil zu sein.⁸⁸⁰ In so genannten „Bus-Schulen“, wie sie im Projekt von der VER

⁸⁷⁷ vgl. Siller: Verkehr und Mobilität. In: Siller (Hrsg.): Kinder unterwegs – Schule macht mobil, S. 8.

⁸⁷⁸ vgl. Limbourg/Flade/Schönharting: Mobilität im Kindes- und Jugendalter, S. 29f.

⁸⁷⁹ Jung/Schlegel: Zu-Fuß-zur-Schule-Tag. In: Die Grundschulzeitschrift 5/2009, S.33.

⁸⁸⁰ vgl. Siller: Verkehr und Mobilität. In: Siller (Hrsg.): Kinder unterwegs – Schule macht mobil, S. 8.

angeboten wurde, erwerben die Kinder die nötigen Kompetenzen, die zur Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel erforderlich sind.

In den jährlichen Elternbefragungen wurden die Eltern nach ihrem eigenen Mobilitätsverhalten und dem ihrer Kinder befragt. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammenführend dargestellt. Weitere Angaben zum Mobilitätsverhalten von Eltern und Kindern finden sich in Kapitel 9.5.4.2. Wie bereits unter 9.2.1 erwähnt, legte über den gesamten Grundschulzeitraum hinweg die Mehrzahl (ca. $\frac{3}{4}$) aller Schüler den Schulweg zu Fuß zurück (siehe auch Abbildung 9.1). Annähernd jedes fünfte Kind wurde mit dem Auto zur Schule gebracht; nur vereinzelt wurde ein Schulbus genutzt, dies hauptsächlich von Schülern der Kontrollschule 1. Diese Angaben waren nicht nur für das 1. Schuljahr, sondern mit geringfügigen Veränderungen für den gesamten Grundschulzeitraum gültig. Annähernd zwei Drittel der Kinder (63%), die zu Fuß zur Schule kamen, mussten nach Angaben der Eltern dabei an mindestens einer verkehrsreichen Straße oder Kreuzung entlang bzw. diese überqueren. Das Fahrrad wurde bis zum Ende des 4. Schuljahres noch nicht (bzw. nur in Einzelfällen) als Verkehrsmittel auf dem Schulweg eingesetzt.

Die Angaben zur Verkehrsmittelwahl belegen sowohl für die Wege der Eltern, wie auch für die ihrer Kinder die große Bedeutung des Pkws. Vier von fünf Elternteilen (83%) nutzten das Auto an jedem Tag und jedes zweites Kind (55%) wurde täglich mit dem Auto gefahren. Der Anteil der Eltern, die angaben, dass sie bzw. ihre Kinder „nie“ mit dem Auto fahren würden, lag bei 10% bzw. bei 11% für die Kinder (Angaben für das 1. Schuljahr). Die Nutzungshäufigkeit der öffentlichen Verkehrsmittel lag am Ende des 1. Schuljahres sowohl bei den Angaben für die Eltern (vgl. Abbildung 9.70a/b) wie auch der Kinder unterhalb der des Fahrrads (vgl. Abbildung 9.72a/b).

Nutzungshäufigkeit von Verkehrsmitteln – Eltern

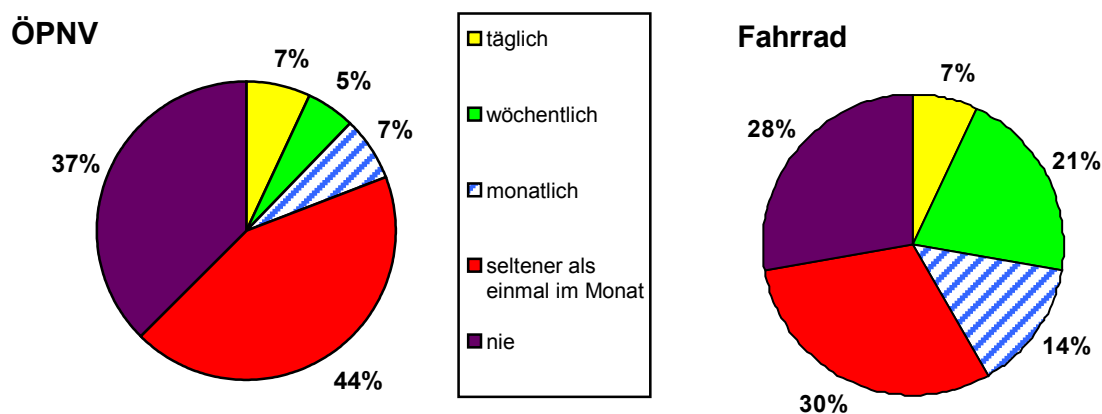


Abbildung 9.70a/b: „Wie häufig nutzen Sie die folgenden Verkehrsmittel?“ Vergleich der Antworten zum ÖPNV und Fahrrad von 131 Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 1. Schuljahres.

Bei der Nutzungshäufigkeit des Fahrrads sind jahreszeitliche und witterungsabhängige Einflüsse zu berücksichtigen. Die in Abbildung 9.70b und 9.72b dargestellten Zahlen stammen aus dem Spätsommer 2003 und müssen für die kälteren Monate niedriger angesetzt werden. Bei der aktuellsten Befragung zu Mobilität in Deutschland (MiD, 2008) gaben etwa 40% der Befragten (ab 14 Jahren) an, wöchentlich bis täglich mit dem Fahrrad zu fahren. Die 28% der von uns untersuchten Stichprobe liegen damit deutlich unterhalb dieser 40%.

Gleiches gilt für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel: Zwar war der Anteil der „*nie*“-Fahrenden mit über 40% in etwa gleich hoch, jedoch entsprachen die 12% täglichen bzw. wöchentlichen Nutzer nur etwa der Hälfte der vom INFAS-Institut ermittelten 25%.⁸⁸¹ Insgesamt lassen sich in Deutschland 7% der Bevölkerung (ab 14 Jahren) als Stammkunden des öffentlichen Verkehrs (fast tägliche Nutzung), weitere 8% als sogenannte ÖV-Captives (mindestens wöchentlich mit dem öffentlichen Verkehr unterwegs und kein Pkw verfügbar) und 19% der Bevölkerung als Gelegenheitskunden (wöchentliche bzw. monatliche Nutzung) des öffentlichen Verkehrs ansehen.⁸⁸² Dabei bestehen große regionale Unterschiede, die v.a. von der Infrastruktur des öffentlichen Wegenetzes abhängig sind. Auf dem Gebiet des EN-Kreises versorgen 46 Buslinien auf einer Länge von ca. 740 km eine Bevölkerung mit ca. 340.000 Einwohnern. Im Jahr 2009 wurden vom VER ca. 20.000 Personen mit den eingesetzten Bussen befördert. Generell steigen die Fahrgastzahlen im öffentlichen Personennahverkehr in NRW seit dem Jahre 2000 kontinuierlich an.⁸⁸³

Bei der Befragung am Ende des 3. Schuljahres konnte bei den Eltern ein deutlicher Anstieg in der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln beobachtet werden. In den ersten beiden Schuljahren hatten noch mehr als 80% der Befragten angegeben, seltener als einmal im Monat bzw. nie mit dem Bus zu fahren. Dieser Wert sank um 10%, dementsprechend war die Busnutzung der Eltern angestiegen (vgl. Abbildung 9.71). Die Veränderung verteilte sich in unterschiedlichem Ausmaß auf die Eltern aller vier untersuchten Schulen und war am stärksten bei den Eltern der Versuchsschule 1 (-17% in der Kategorie „*seltener als einmal im Monat/nie*“) vertreten. Bei den anderen drei Schulen lagen die Veränderungen im Bereich von 5% bis 8%. Im Laufe des 4. Schuljahres setzte sich diese Entwicklung nicht fort. Damit fuhr im Vergleich zu den Jahren 2003 und 2004 am Ende des Projektzeitraums zwar mehr Eltern mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, dennoch wurde das Angebot von $\frac{3}{4}$ der Eltern weiterhin gar nicht wahrgenommen.

⁸⁸¹ BMVBS: Mobilität in Deutschland 2008 - Tabellenband, Tabellen P.3.1.A und P.3.3.A.

⁸⁸² BMVBS: Mobilität in Deutschland 2008 - Kurzbericht, S. 16.

⁸⁸³ www.ver-kehr.de/betaprv2010/25610.html (verfügbar am: 02.06.10).

ÖPNV-Nutzung - Eltern

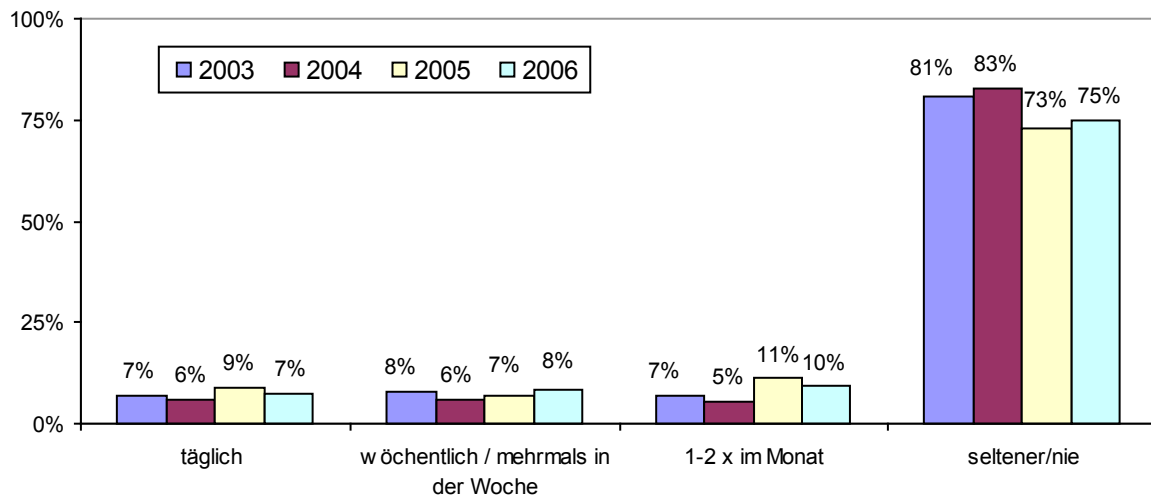


Abbildung 9.71: Angaben zur ÖPNV-Nutzung für 130 (2003), 133 (2004), 114 (2005) und 166 (2006) Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebogen 2.-5. Befragung.

Die Angaben für die Kinder waren im ganzen Grundschulzeitraum nahezu identisch mit denen für die Eltern in Abbildung 9.71. Auch bei den Kindern gab es einen leichten Zuwachs in der Busnutzung im Laufe des 3. Schuljahres, der sich vermutlich auf die Ausdehnung des kindlichen Erfahrungs- und Lebensraums zurückführen lässt. Die von der VER im 2. Schuljahr durchgeführte „Bus-Schule“ hatte zumindest auf die Häufigkeit der Busnutzung keinen messbaren Effekt, da die Busnutzung (sowohl bei den Eltern wie auch bei den Kindern) in der Kontrollgruppe stärker anstieg als in der Versuchsgruppe. Generell bestand über alle vier Jahre hinweg ein hoher Zusammenhang (spearman-rho zwischen 0,61 und 0,73) in den Angaben zur ÖPNV-Nutzung für die Eltern und für die zugehörigen Kinder. Dies kann zum einen durch die Rahmenbedingungen beeinflusst sein, etwa bei Familien, die kein Auto besitzen, zum anderen wird die Verkehrsmittelwahl der Kinder durch die der Eltern geprägt.

Wenig überraschend war, dass die Kinder v.a. das Fahrrad häufiger einsetzten als die Eltern. Etwa 2/3 der Kinder fuhren am Ende des 1. Schuljahres zumindest einmal in der Woche mit dem Rad, dabei allerdings noch nicht im Straßenverkehr. Es zeigt sich, dass, auch wenn das Fahrrad erst ab dem zehnten Lebensjahr für größere Entfernungen eingesetzt wird, die ersten Erfahrungen vielfach schon im 1. Schuljahr stattfinden. Es dient in dieser Lebensphase bereits vielen Kindern als Spielgerät im Schonraum. Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit frühzeitiger verkehrspädagogischer Maßnahmen in der Schule und seitens der Eltern.

Nutzungshäufigkeit von Verkehrsmitteln – Kinder

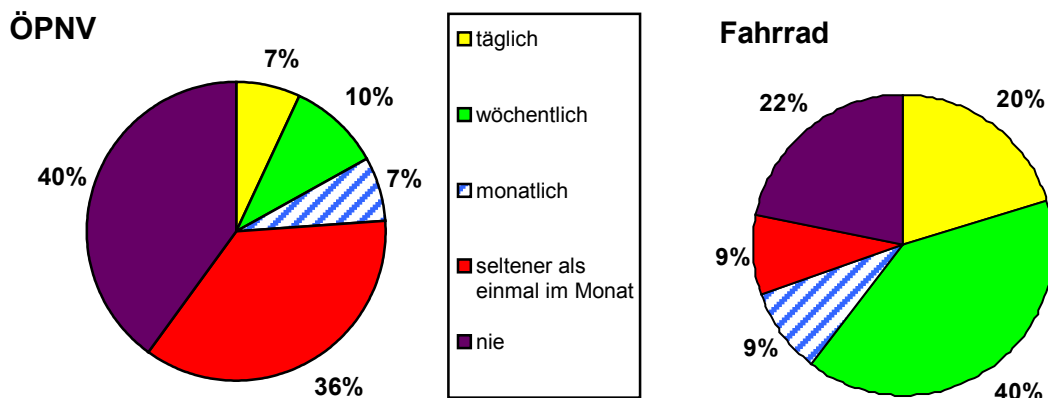


Abbildung 9.72a/b: „Wie häufig nutzt Ihr Kind diese Verkehrsmittel?“ Vergleich der Antworten zum ÖPNV und Fahrrad von 134 Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 1. Schuljahres.

Mit der Befragung am Ende des 1. Schuljahres wurden die Eltern danach gefragt, in welchem Bereich der Straße das Kind in einem bestimmten Alter mit dem Fahrrad fahren *darf* bzw. *muss*. In der Regel müssen Kinder bis zum achten Lebensjahr auf dem Gehweg fahren; Kinder bis zum vollendeten zehnten Lebensjahr dürfen noch den Gehweg nutzen.⁸⁸⁴ Die Antworten der Elternbefragung zeigen, dass diese Regelung den Eltern weitgehend bekannt war und im Alltag berücksichtigt wurde:

- Ein Anteil von 22% der Kinder durfte auch auf der Straße mit dem Rad fahren. Dies entspricht ungefähr dem Anteil der Kinder, die zum Befragungszeitpunkt acht Jahre oder älter waren.
- Immerhin 11% der Eltern schienen dagegen nicht zu wissen, dass ihr Kind noch auf dem Bürgersteig fahren darf (sollte). An der Versuchsschule 2 betrug dieser Anteil sogar 25%.
- Fast alle Kinder (96%) mussten beim Radfahren einen Fahrradhelm tragen.
- Während zu Beginn des 1. Schuljahres noch ein Viertel der Eltern weniger Wert auf helle und leuchtende Kleidung gelegt hatten, waren dies am Ende des 1. Schuljahres „nur“ noch 14%. Das Sicherheitsbewusstsein schien in dieser Hinsicht im Laufe des Schuljahres bei einigen Eltern demnach angestiegen zu sein.

Insgesamt zeigten sich bei allen dieser Aussagen keine Unterschiede zwischen den Eltern aus Versuchs- und Kontrollklassen.

Am Ende des 2. Schuljahres nahmen nur relativ wenige Kinder regelmäßig mit dem Fahrrad am Straßenverkehr teil. Etwa jedes zehnte Kind fuhr täglich mit dem Rad (hierzu zählen in dieser Altersklasse in erster Linie die Fahrten auf dem Gehweg). Auf der anderen Seite antwortete sogar jedes zweite Elternteil auf die Frage, wie oft das Kind als Radfahrer am Straßenverkehr teilnimmt, mit „*seltener als einmal im*

⁸⁸⁴ §2, StVO

Monat“ oder mit „*nie*“. ⁸⁸⁵ Auf dem Schulweg wurde es noch gar nicht als Verkehrsmittel eingesetzt. Wie Abbildung 9.73 zeigt, war die Fahrsicherheit mit dem Fahrrad in dieser Altersklasse unterschiedlich weit entwickelt. Nahezu ein Drittel der Eltern sagte, dass ihr Kind beim Radfahren bereits „*ziemlich sicher*“ sei, während ein kleiner Teil der Schüler (2%) noch gar nicht Fahrradfahren konnte.

Umgekehrt stieg der Anteil der Kinder, denen die Eltern erlaubten, auch auf der Straße mit dem Rad zu fahren, gegenüber dem 1. Schuljahr von 22% auf 28% an. Alle diese Kinder waren zum Befragungszeitpunkt mindestens acht Jahre alt. Die Fragen, ob die Kinder „*ein in der Größe passendes Fahrrad*“ besitzen, und ob sie beim Radfahren einen Helm tragen müssen, verneinten die Eltern nur in Einzelfällen (2-5%). Offenbar hatte die Mehrzahl der Eltern die Bedeutung von Ausstattung und Ausrüstung für die Verkehrssicherheit der Kinder erkannt. Die Eltern schienen darauf zu achten, dass ihr Kind nicht mit dem Rad älterer und größerer Geschwister fährt, bei dem es evtl. kaum an die Pedalen kommt. Weiterhin gaben annähernd 2/3 der Eltern an, mit ihrem Kind hin und wieder gemeinsame Radtouren zu unternehmen. Dabei zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ($\alpha=0,01$), wonach die Eltern, die solche Radtouren unternahmen, auch die Fahrsicherheit ihres Kindes für höher einschätzten.

Auch im Laufe des 3. Schuljahres hatten sich Radfahraktivitäten (der Mobilitätsbereich, bei dem im Grundschulalter die größte Veränderung zu erwarten ist) nur geringfügig erhöht: Weiterhin nahm die Mehrzahl der Kinder (44%) seltener als einmal im Monat mit dem Fahrrad am Straßenverkehr teil (Befragungszeitpunkt im Spätsommer 2005) und lediglich 8% der Schüler nutzten das Rad jeden zweiten Tag oder öfter. Etwas zugenommen hatte der Anteil der Kinder, die das Rad 1- bis 2-mal in der Woche nutzten (von 12% auf 19%). Dieser Anstieg ging von der Gruppe aus, die zuvor gar nicht oder höchstens 1- bis 2-mal im Monat mit dem Rad gefahren war. In Übereinstimmung mit dieser weitgehend unveränderten Nutzungshäufigkeit hatte sich auch die Einschätzung der Fahrsicherheit durch die Eltern nur geringfügig erhöht. Insgesamt sagten nur noch 8% der Eltern, dass ihr Kind „*noch sehr unsicher*“ Fahrrad fahren würde. Am Ende des 4. Schuljahrs waren dies sogar nur noch 2% der Eltern, darüber hinaus gab es ein Kind, das am Ende des 4. Schuljahres (2006) noch nicht Fahrradfahren konnte (vgl. Abbildung 9.73).

⁸⁸⁵ Die doch hohen Differenzen gegenüber den in Abbildung 9.72 dargestellten Zahlen aus dem vorhergehenden Jahr lassen sich vermutlich auf die unterschiedliche Fragestellung zurückführen: Am Ende des 1. Schuljahres waren alle Nutzungsformen des Fahrrads eingeschlossen, auch die als Spielgerät; ab dem 2. Schuljahr wurde ausschließlich nach der Verwendung als Verkehrsmittel gefragt.

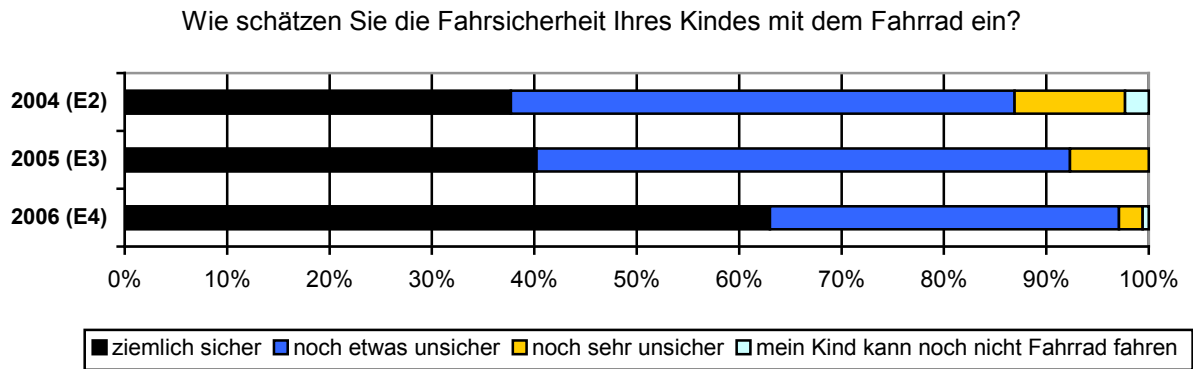


Abbildung 9.73: Vergleich der Antworten von 2004 (n=130), 2005 (n=118) und 2006 (n=173).
Quellen: Elternfragebogen vom Ende des 2.-4. Schuljahres.

Über alle drei Befragungszeiträume hinweg zeigten sich keine Unterschiede bei der von den Eltern wahrgenommenen Radfahrsicherheit bei Jungen und Mädchen bzw. zwischen den Schülern aus der Versuchs- und der Kontrollgruppe. Weiterhin zeigte sich im 2. und 3. Schuljahr ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen der Fahrhäufigkeit und der Fahrsicherheit ($\gamma = 0,34$ bzw. $0,36$).⁸⁸⁶

Gerade an Radfahranfänger stellt der Straßenverkehr vielfältige Anforderungen: Neben der technisch-praktischen Fahrsicherheit muss das Kind zahlreiche Verkehrs- und Verhaltensregeln kennen, verstehen und anwenden können. Auf die entsprechenden Fragen antwortete am Ende des 2. Schuljahres nahezu jedes zweite Elternteil, dass das Kind die wichtigsten Verkehrsschilder (47% „ja“-Antworten) bzw. die wichtigsten Verkehrsregeln (52% „ja“-Antworten) kennen würde. In 37% der Fälle bejahten die Eltern beide Fragen, auf der anderen Seite stand eine Gruppe von 39% der Schüler, die weder Verkehrsschilder noch -regeln gut genug zu kennen schienen. Es zeigte sich ein erwartbarer Zusammenhang zwischen der Fahrhäufigkeit/-sicherheit und der Kenntnis von Verkehrsschildern und -regeln (Korrelation zwischen $\gamma = 0,27$ und $\gamma = 0,49$). Keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$) ergaben sich allerdings zwischen den verschiedenen Schulen, den Kindern aus Versuchs- und Kontrollklassen und zwischen Jungen und Mädchen.

Des Weiteren ist es für die Sicherheit der Kinder entscheidend, inwieweit sie sich (für längere Zeit) auf den Straßenverkehr konzentrieren können. Bei diesen Aspekten äußerten sich die Eltern skeptischer als auf die vorhergehenden Fragen. Lediglich 43% der Eltern schätzten die Konzentrationsausdauer ihres Kindes am Ende des 2. Schuljahres für ausreichend hoch ein. Selbst bei den Kindern, die regelmäßig (1- bis 2-Mal pro Woche bis hin zu täglich) mit dem Fahrrad am Straßenverkehr teilnahmen, lag der Prozentsatz nur bei 41%. Die Eltern der Kontrollklassen stufen die Fähigkeiten ihrer Kinder in allen Bereichen für höher ein, die Konzentrationsfähigkeit sogar für signifikant ($\chi^2 = 4,7 > 3,84$; $df = 1$; $\alpha = 0,05$) höher (siehe Abbildung 9.74).

⁸⁸⁶ Die Frage nach der Fahrhäufigkeit war in dem Elternfragebogen am Ende des 4. Schuljahres nicht enthalten gewesen.

Auf die gleichen Fragen am Ende des 3. Schuljahres schrieben die Eltern ihren Kindern hinsichtlich der wichtigsten Verkehrs- und Verhaltensregeln (62%; +10% gegenüber der Befragung am Ende des 2. Schuljahres) sowie der wichtigsten Verkehrsschilder (58%; +11%) mehr Kenntnisse zu. Keine Entwicklung war dagegen bei der Konzentrationsausdauer festzustellen, die Fähigkeit, „*sich längere Zeit auf die Anforderungen im Straßenverkehr [zu] konzentrieren*“ war am Ende des 2. Schuljahres und am Ende des 3. Schuljahres bei gleich vielen Kindern vorhanden (44%; +1%). Gegenüber dem Vorjahr wurden die Fähigkeiten der Kinder aus der Kontrollgruppe nicht mehr für höher eingeschätzt als die der Versuchsgruppe. Keine signifikanten Unterschiede ($\alpha > 0,05$) zeigten sich am Ende des 3. Schuljahres bei den Einschätzungen für die Versuchs- und die Kontrollgruppe, während die Konzentrationsfähigkeit bei Mädchen für wesentlich höher eingestuft wurde als die der Jungen ($\chi^2 = 10,3 > 6,6$; $df=1$; $\alpha=0,01$).

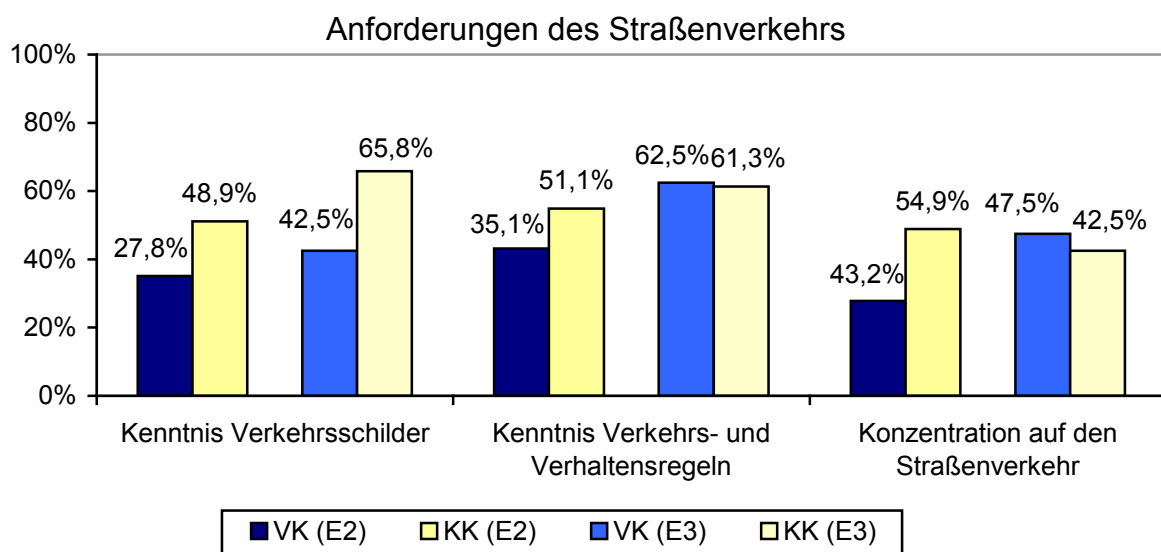


Abbildung 9.74: Prozentsatz der Ja-Antworten auf die Fragen, ob das Kind a) „...sich schon längere Zeit auf die Anforderungen im Straßenverkehr konzentrieren...“ könne, b) „...die wichtigsten Verkehrsschilder...“ und c) „...die wichtigsten Verkehrs- und Verhaltensregeln...“ kenne. Antworten für 129 (Ende 2. Schuljahr (E2)) und 118 (Ende 3. Schuljahr (E3)) Eltern der vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebögen Ende des 2. und 3. Schuljahres.

Keine Unterschiede in der Einschätzung ergaben sich zwischen den Eltern von Versuchs- und Kontrollschülern sowie in der Einschätzung für Jungen und Mädchen (jeweils $T < 1,98$; $\alpha > 0,05$). Ähnlich hoch wie die Bewertung ihrer radfahrpraktischen Fähigkeiten war die Einschätzung der theoretischen Kenntnisse der Kinder. So stimmten 66% der Eltern der Aussage, dass ihre Kinder die wichtigsten Verkehrsschilder kennen würden, „voll zu“ (weitere 25% stimmten „eher zu“), 56% bestätigten dies für die wichtigsten Verkehrs- und Verhaltensregeln (weitere 36% stimmten „eher zu“). Nach Einschätzung der Eltern waren es demnach nur wenige Kinder, die am Ende des 4. Schuljahres noch nicht die nötigen theoretischen Kenntnisse für die Teilnahme am Straßenverkehr besaßen. Zumindest bezüglich der Kenntnis von Verkehrsschildern lassen die Ergebnisse der Kinderbefragung (Ende des 4. Schuljahres) an dieser Beurteilung zweifeln. So gab etwa jedes zweite Kind

(54%) bei der Frage nach der Bedeutung des Vorfahrtszeichens „Rechts vor Links“ eine falsche Antwort (siehe auch Tabelle 9.12).

Bei beiden Fragen zeigten sich weder zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe noch zwischen Jungen und Mädchen signifikante Unterschiede (jeweils $T < 1,98$; $\alpha > 0,05$). Die Korrelationswerte der drei Variablen lagen auf Grund der hohen Werte bei allen drei Fragen zwischen $\gamma = 0,42$ (Fahrsicherheit und Verkehrsregeln) und $\gamma = 0,78$ (Verkehrsschilder und Verkehrsregeln). Insgesamt zeigte sich - wie bereits in den vorhergehenden Jahren und wie auch bei anderen Fragen außerhalb der Verkehrserziehung -, dass die Eltern sowohl die praktischen wie auch die theoretischen Kompetenzen ihrer Kinder als sehr hoch einschätzten.

Zu beachten ist, dass lediglich in den ersten beiden Schuljahren verkehrspädagogische Inhalte durchgeführt wurden. Im 4. Schuljahr fand dann in den Versuchs- und Kontrollklassen einheitlich die von der Polizei durchgeführte theoretische und praktische Radfahrausbildung statt. Von den im Projekt eingebundenen Lehrerinnen und den beteiligten Verkehrspolizisten wurde angemerkt, dass viele Eltern das praktische Fahrvermögen und die theoretischen Kenntnisse ihrer Kinder überschätzen würden. Die Ergebnisse der Kinderbefragung zeigten teilweise noch erhebliche Wissensdefizite in der Kenntnis von Verkehrszeichen. Daher können die etwas niedrigeren Beurteilungen der Eltern aus der Versuchsgruppe auch als eine realistischere Einschätzung interpretiert werden.

Die weitgehend positive Beurteilung des kindlichen Verhaltens im Straßenverkehr wurde durch zwei weitere Aussagen der Elternbefragung unterstrichen: So stimmten 92% der Eltern der Einschätzung zu, dass ihr Kind *„im Vergleich zu anderen sehr aufmerksam am Straßenverkehr“* teilnimmt. Das negativ formulierte Item *„Mein Kind neigt im Straßenverkehr eher zu riskantem als zu vorsichtigem Verhalten“* traf nur laut 17% der Eltern zu. Setzt man beide Aussagen zueinander in Beziehung, blieben lediglich sechs Schüler (=4%) übrig, denen in beiden Fällen das negative Verhalten (unaufmerksam und unvorsichtig) attestiert wurde. Es zeigten sich keine Unterschiede in den Antworten von Eltern der Versuchs- und Kontrollgruppe ($T < 1,98$; $\alpha > 0,05$), während Mädchen den Aussagen der Eltern nach seltener zu riskanten Verhaltensweisen neigten als Jungen ($T = 2,3 > 1,98$; $\alpha = 0,05$).

Die Frage, ob die Kinder *„ohne Begleitung eines Erwachsenen auf der Fahrbahn Fahrrad fahren“* dürfen, war mit der Abschlussbefragung gegenüber der vorhergehenden Befragung um den Zusatz *„ohne Begleitung eines Erwachsenen“* ergänzt worden. Dadurch sank die Anzahl der Ja-Antworten im Vergleich zum 2. Schuljahr von 28% auf 20% ab, wobei diese Zahlen durch die Umformulierung nicht direkt miteinander vergleichbar waren. Festzuhalten bleibt, dass am Ende des 3. Schuljahres jedes fünfte Kind auch ohne Begleitung eines Erwachsenen mit dem Rad am Straßenverkehr teilnehmen durfte.

Es zeigten sich die erwartbaren Zusammenhänge zwischen der Fahrsicherheit und allen vier abgefragten Aspekten (Konzentrationsfähigkeit, Regelwissen, Kenntnis der Verkehrsschilder und dem Fahren auf der Fahrbahn; γ zwischen 0,37 und 0,65). Die Fahrhäufigkeit besaß nur zum Fahren auf der Fahrbahn einen mittelstarken

Zusammenhang ($\gamma=0,37$), demnach die Kinder, die (fast) täglich mit dem Rad fahren, dann auch ohne Begleitung von Erwachsenen auf der Fahrbahn fahren durften.

Die Antworten auf die Frage, welchen Stellenwert unterschiedliche verkehrspädagogische Aspekte erhalten sollten, zeigen, dass der Großteil der Eltern den verschiedenen Schwerpunkten der Verkehrspädagogik eine hohe Bedeutung zuschrieb (vgl. Abbildung 9.75).

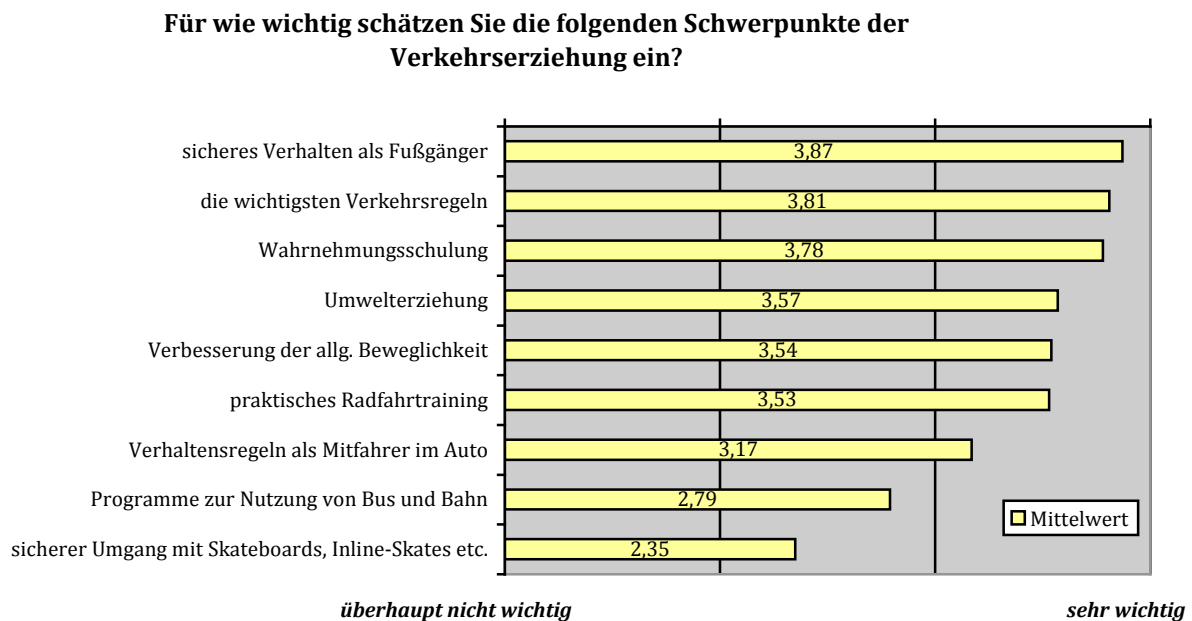


Abbildung 9.75: Beurteilung der Bedeutung (1=überhaupt nicht wichtig, 2=weniger wichtig, 3=ziemlich wichtig, 4=sehr wichtig) verschiedener, verkehrspädagogisch relevanter Schwerpunkte von 133 Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 2. Schuljahres.

Acht der neun abgefragten Schwerpunkte wurden im Mittel als „sehr wichtig“ oder zumindest „ziemlich wichtig“ eingestuft. Lediglich das Einüben eines „sicheren Umgangs mit Skateboards, Inline-Skates“ wurde von den Eltern für weniger bedeutsam angesehen. So waren 47% der Meinung, dies sei „weniger wichtig“ und weitere 18% der Ansicht, dass dies „überhaupt nicht wichtig“ sei. Diese Einschätzungen sind aber nicht ausschließlich dahingehend zu interpretieren, dass die entsprechenden Unterrichtseinheiten der Polizei im 1. und 2. Schuljahr in den Augen der Eltern als unnötig angesehen wurden, sondern zeigt vielmehr, dass das Gefahrenpotenzial, das mit den verschiedenen Fahrzeugen einhergeht⁸⁸⁷, von vielen Eltern noch nicht erkannt worden ist. Dabei belegen die wenigen bundesweit vorhanden Daten über Kinderunfälle die Gefährdung die von derartigen Rollfahrzeugen und vergleichbaren Spielgeräten ausgeht.

⁸⁸⁷ vgl. Schriever: Unfälle. In: Stier/Weissenrieder (Hrsg.): Jugendmedizin, S. 323.

„Bei den Schulkindern erfolgen die Stürze auf der Ebene [in Abgrenzung zu Stürzen aus der Höhe – S.M.] am häufigsten im Zusammenhang mit Sportgeräten und je nach Saison mit Skiern/Snowboard oder Inline-Skates. Dabei haben die Inline-Skaterunfälle die früheren Unfälle mit Skateboards verdrängt. Die Unfallauslöser sind häufig unebener Bodenuntergrund, hohe Geschwindigkeit, mangelnde Erfahrung und Überforderung. Schutzkleidung wird oftmals nicht getragen.“⁸⁸⁸

Auch die Bedeutung einer „Bus-Schule“ für die Sicherheit und Gesundheit ihrer Kinder bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wurde von einigen Eltern unterschätzt (34% der Antworten mit „weniger wichtig“ oder „überhaupt nicht wichtig“). Bei jährlich (Zahlen für 2008) ca. 7.000 Schulbusunfällen stellen das Warten an der Haltestelle, das Ein- und Aussteigen sowie die eigentliche Busfahrt selbst die Haupt-Gefahrenquellen dar. Von den Unfällen, die sich jährlich im Bus oder im Zusammenhang mit dem Bus ereignen, passieren 57% während der Fahrt, 25% beim Ein- bzw. Aussteigen, 13% beim Warten an der Haltestelle und weitere 5% beim Überqueren der Fahrbahn vor oder nach der Fahrt mit dem Bus.⁸⁸⁹

Mit den beiden Unterrichtseinheiten zur „Bus-Schule“ (im 2. und 4. Schuljahr) sollten die Kompetenzen der Kinder bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel erhöht werden. Dies betraf zum einen die Gefahrenvermeidung, etwa beim Warten an der Bushaltestelle, zum anderen diente es dem konkreten Wissenserwerb, z.B. zum Fahrplanlesen. Die Antworten der Kinderbefragung lieferten bei den Fragen zur „Bus-Schule“ für die Versuchsgruppe ein signifikant höheres Ergebnis, wonach die Schüler aus den Versuchsklassen potenzielle Gefahren besser erkennen und benennen konnten und zudem ein größeres präventives Wissen zur Gefahrenreduktion besaßen (siehe auch die Abbildung 9.47 und 9.62). Bei der Einschätzung der Eltern am Ende des 4. Schuljahres, ob ihr Kind in der Lage sei, „*alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren (Fahrplan lesen, u.ä.)*“, zeigten sich dagegen keine Unterschiede in den Aussagen von Versuchs- und Kontrollklasseneltern ($T=1,52 < 1,98$; $\alpha > 0,05$). Insgesamt glaubte etwa die Hälfte aller Eltern, dass ihr Kind selbständig mit Bus und Bahn fahren könne, die andere Hälfte bezweifelte dies mehr oder weniger stark. Es zeigt sich der erwartbare hohe Zusammenhang ($\gamma=0,68$), dass je öfter die Kinder die öffentlichen Verkehrsangebote nutzten, desto mehr Kompetenzen wurden ihnen von den Eltern zugeschrieben.

9.5.4.3 Brandschutzerziehung

Ähnlich wie bei der Verkehrserziehung bauen auch beim Brandschutz die erzieherischen Maßnahmen, die die Lehrer einerseits in ihrem regulären Unterricht durchführen und die Beiträge, welche die Feuerwehr als zuständige außerschulische Institution im Rahmen der Brandschutzerziehung auf der anderen Seite leistet, auf den Grundlagen auf, die von den Eltern vermittelt werden. Die Fragen zum Umgang mit Feuer sollten nicht nur die im Projekt durchgeführten, zusätzlichen Unterrichtseinheiten der Feuerwehr evaluieren, sondern auch darüber informieren, welche Einstellung gegenüber der Brandschutzerziehung vorherrscht und welche

⁸⁸⁸ Ellsäßer/Diepgen: Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre), S. 272.

⁸⁸⁹ vgl. DGUV (Hrsg.): Statistik – Makrodaten, Schülerunfälle, S. 33f. Verfügbar unter: www.dguv.de/inhalt/zahlen/documents/schueler/statistik_info_2008.pdf (verfügbar am: 08.06.10).

Maßnahmen zur Brandvermeidung im Elternhaus eingerichtet wurden (siehe auch Kapitel 5.3.3.3).

Bei der Befragung am Einschulungszeitpunkt zeigte sich, dass 81% der Eltern annahmen, dass ihre Kinder die Notrufnummern von Polizei und Feuerwehr bereits kennen würden. Im Laufe des 1. Schuljahres stieg dieser Wert deutlich an, am Ende des 1. Schuljahres meinten dies 94% der Eltern. Beide Einschätzungen lagen deutlich oberhalb der tatsächlichen Kenntnisse der Kinder: Am Ende des 1. Schuljahres ergab die Kinderbefragung, dass ohne die zusätzlichen Unterrichtseinheiten der Polizei/Feuerwehr nur annähernd jedes zweite Kind (Polizei: 51%, Feuerwehr: 46%) die Notrufnummern beherrschte.⁸⁹⁰ Ähnlich verhielt es sich bei der Frage, ob das Kind im Brandfall alleine die Feuerwehr benachrichtigen könne. Auch dieses trauten am Ende des 1. Schuljahres bereits 3/4 der Eltern ihren Kindern zu, wobei dies im Ernstfall dann vielfach schon an der fehlenden Kenntnis der Notrufnummern scheitern würde. Bei dieser Einschätzung zeigten sich noch keine Unterschiede zwischen den Aussagen der Eltern der Versuchs- (74%) und der Kontrollgruppe (75%). Demnach hatten anscheinend die Maßnahmen der Feuerwehr, die während des 1. Schuljahres das Absetzen eines Notrufs behandelten, auf die Einschätzung der Eltern keinen Einfluss. Dies veränderte sich allerdings im Laufe des Projektzeitraums (s.u.).

Auch am Ende des 4. Schuljahres schätzten die Eltern die Kompetenz ihrer Kinder, „*bei einem Wohnungsbrand selbständig die Feuerwehr benachrichtigen*“ zu können für relativ hoch ein. Lediglich 10% lehnten diese Aussage „*eher*“ oder „*voll*“ständig ab. Diese Einschätzung wurde relativiert durch die Ergebnisse der Kinderbefragung, bei der am Ende des 4. Schuljahres ca. 20% der Schüler aus den Kontrollklassen die Notrufnummer der Feuerwehr (und auch die der Polizei) nicht fehlerfrei nennen konnten. Weitere Schwächen zeigten die Schüler bei den für das Absetzen eines Notrufs relevanten Angaben (Name, Adresse, Was passiert ist?, ...). Zu beachten ist, dass die Interventionsmaßnahmen der Feuerwehr das Brandschutzwissen in den Versuchsklassen gegenüber der Kontrollgruppe signifikant erhöhen konnten (vgl. Kapitel 9.5.3.2.5 und die Abbildungen 9.60; 9.61a/b). Diese Tatsache spiegelte sich in der Einschätzung der Eltern wider, bei der die Eltern der Kontrollgruppe am Ende des 4. Schuljahrs seltener annahmen, dass ihr Kind selbständig die Feuerwehr benachrichtigen könnte ($T=3,1 > 2,62$; $\alpha=0,05$).

Die Frage „*Werden Streichhölzer und Feuerzeuge in Reichweite der Kinder aufbewahrt?*“ bejahten am Ende des 1. Schuljahres 32% der Eltern. Gegenüber der Befragung zum Einschulungszeitpunkt stellte dies ein Rückgang von etwa 5% dar. Auch dies konnte nicht auf eine höhere Sensibilisierung der Eltern durch die Maßnahmen der Feuerwehr zurückgeführt werden, da der Wert in den Kontrollklassen (-5,7%) stärker sank als in den Versuchsklassen (-0,8%).

Weitere Ergebnisse der Elternbefragungen ergaben, dass (in Klammern: Erhebungszeitpunkt):

⁸⁹⁰ Da ein ähnlich hoher Wert (81%) bereits zu Beginn des 1. Schuljahres ermittelt wurde, ist nicht davon auszugehen, dass das Wissen über diesen Unterricht bei den Eltern der Versuchsklassen Einfluss auf deren Antworten gehabt hat, zumal die Antworten auf diese Frage in den Versuchs- und Kontrollklassen als gleich anzusehen waren.

- 55% der Eltern mit ihren Kindern über das „richtige“ Verhalten im Brandfall gesprochen hatten (Fragebogen zu Beginn des 1. Schuljahres),
- bei 47% der Kinder schon im Kindergarten Brandschutzübungen durchgeführt worden waren (Fragebogen zu Beginn des 1. Schuljahres),
- es in vier Fällen (Eltern verschiedener Schulen) „schon einmal vorgekommen sei, dass Sie Ihr Kind zu Hause allein eingeschlossen haben, z.B. weil es Stubenarrest hatte.“⁸⁹¹

Die Gefahr, „[...] dass ihr Kind heimlich mit Zündmitteln `spielt´“ stuften am Anfang des 1. Schuljahres 80% der Eltern für „gering“ bzw. „sehr gering“ ein. Die gleiche Frage wurde mit einem vergleichbaren Ergebnis am Ende des 2. Schuljahres erneut gestellt (vgl. Abbildung 9.76).

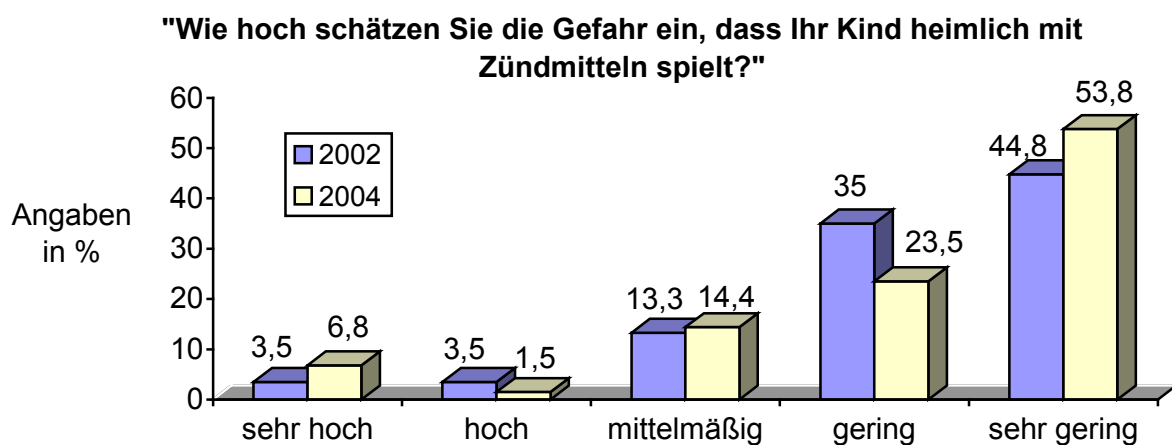


Abbildung 9.76: „Wie hoch schätzen Sie die Gefahr ein, dass Ihr Kind heimlich mit Zündmitteln spielt?“ Antworten für 150 (A1; 2002) bzw. 133 (E2; 2004) Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quellen: Elternfragebögen Anfang des 1. Schuljahres und Ende des 2. Schuljahres.

Am Anfang des 1. Schuljahres hatten die Eltern von Jungen größere Befürchtungen geäußert (nur 75% antworteten mit „gering“ bzw. „sehr gering“), dass ihr Sohn heimlich mit Zündmitteln spiele als die Eltern von Mädchen (87% „gering“/„sehr gering“). Dieser Unterschied war am Ende des 2. Schuljahres nicht mehr zu beobachten. Die Faktoren „Geschlecht“, „Schule“ und „Versuchs-“ bzw. „Kontrollklasse“ hatten keinen Einfluss auf diese Einschätzung der Eltern ($\alpha > 0,05$).

Generell stuften die Eltern, wie auch bei den anderen Fragen zu Sicherheitskompetenzen, die Kenntnisse und Fähigkeiten ihrer Kinder im Umgang mit Feuer und Zündmitteln für relativ hoch ein. So stimmten am Ende des 4. Schuljahres 40% der Eltern der Aussage, dass ihr Kind „den gefahrlosen Umgang mit

⁸⁹¹ Dieses Item war auf Anregung der Feuerwehr in den Fragenkatalog aufgenommen worden, da dies von einigen Kindern im Unterricht berichtet worden war. Die Brandschutzerzieher warnten ausdrücklich davor, die Kinder in der Wohnung einzusperrern, da diese dann im Notfall nicht alleine flüchten könnten. Unklar bleibt gerade bei einer solchen Frage die Dunkelziffer derjenigen Eltern, die diese Frage nicht wahrheitsgemäß beantwortet hatten.

Feuer und Zündmitteln“ beherrsche „voll zu“, weitere 47% stimmten zumindest noch „eher zu“. Demnach blieb lediglich eine vergleichsweise geringe Zahl an Kindern übrig (14%), bei denen die Eltern eine größere Gefährdung beim Umgang mit Feuer befürchteten.

Mit jedem Elternfragebogen wurden die Eltern danach gefragt, ob sie ihren Kindern einen aktiven Umgang mit Feuer und Zündmitteln ermöglichten. Mit dieser Frage sollte untersucht werden, in welchem Umfang den Kindern im Laufe des Grundschulzeitraums Freiräume für eigene Erfahrungen in einem zentralen Bereich der Sicherheitserziehung geboten wurden. Zudem hatte bereits die erste Erhebung gezeigt, dass Kinder, denen ein aktiver Zugang ermöglicht wurde, ein höheres Wissen im Umgang mit Feuer und seinen Gefahren besaßen. Dieses Ergebnis konnte in den folgenden Schuljahren regelmäßig repliziert werden. Vermutlich erwerben Kinder durch den aktiven Umgang mit Feuer entsprechende Kompetenzen. Ebenso wahrscheinlich ist allerdings, dass Eltern ihren Kindern nur dann einen eigenständigen Umgang mit Feuer und Zündmitteln erlauben, wenn diese über die nötigen Kompetenzen verfügen,

Bereits im 1. Schuljahr durfte etwa jedes zweite Kind in Anwesenheit der Eltern selbständig ein Feuer entzünden. Wie Abbildung 9.77 verdeutlicht, war der Anteil der Kinder, denen ein aktiver Umgang mit Feuer und Zündmitteln ermöglicht wurde, im Laufe der vier Grundschuljahre kontinuierlich angestiegen. Ende des 4. Schuljahres erlaubten mehr als 2/3 der Eltern ihren Kindern einen selbstständigen Umgang mit Feuer, weitere 5% auch dann, wenn sie als Eltern selbst nicht anwesend waren.

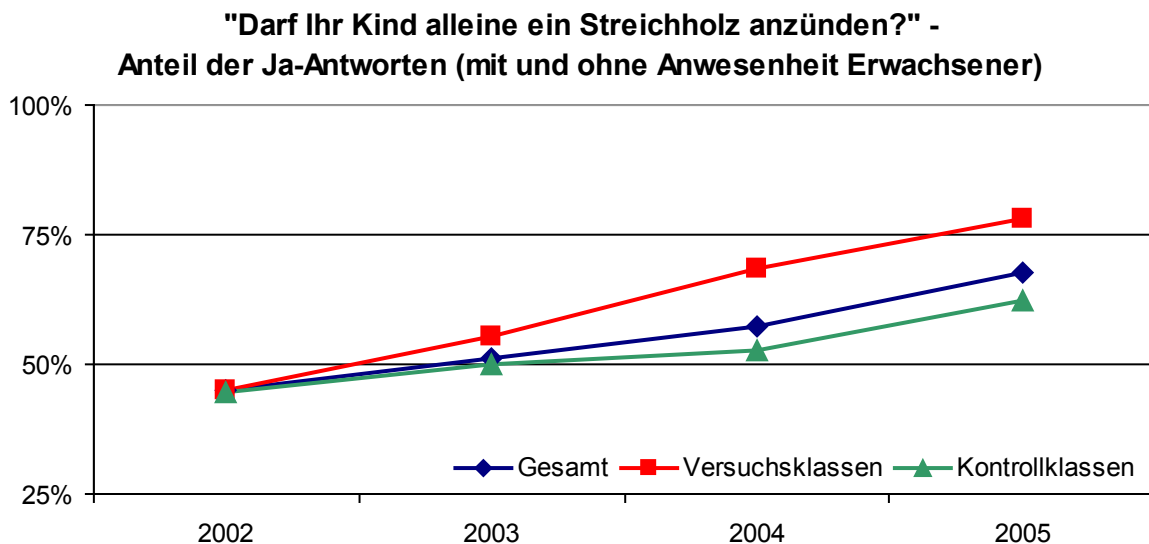


Abbildung 9.77: Anteil der Ja-Antworten für 176 (2002), 163 (2003), 133 (2004), 118 (2005) und 172 (2006) Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quellen: Elternfragebögen aus allen fünf Erhebungszeiträumen.

Die Abbildung 9.77 verdeutlicht, dass die Eltern der Versuchsgruppe ihren Kindern ab dem 3. Schuljahr mehr (kontrollierte) Erfahrungen im Umgang mit Feuer

ermöglichten als die Eltern der Kontrollgruppe. Der Unterschied verfehlte jedoch die statistische Signifikanz ($\chi^2=3,02<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$).⁸⁹² Ein derartig offener (und kontrollierter) Umgang fand sich häufiger (und frühzeitiger) bei den Eltern an der Versuchsschule 1 und der Kontrollschule 1 (zu Beginn des 1. Schuljahres von jeweils ca. 60% der Eltern angegeben) als an der Kontrollschule 2 (42%) und der Versuchsschule 2 (36%). Diese Unterschiede blieben in den weiteren Jahren weitgehend enthalten.

Um diese gegensätzlichen Einstellungen zu erfassen, wurden mit dem Fragebogen am Ende des 2. Schuljahres vier unterschiedliche Items⁸⁹³ angeboten, die den beiden unterschiedlichen Positionen entsprachen. Zusätzlich wurde berücksichtigt, ob die Eltern ihren Kindern die Verwendung von Zündmitteln erlauben. Es zeigte sich, dass ein Großteil der Eltern (44%) den Kindern die aktive Erfahrung mit Zündmitteln und Feuer am Ende des 2. Schuljahres ermöglichte, während ein Prozentsatz von 20% eher verbotsorientiert handelte. Etwas mehr als ein Drittel der Eltern (36%) konnte keinem dieser beiden Muster eindeutig zugeordnet werden. Dies deutete darauf hin, dass sich die beiden Orientierungsmuster entweder nicht so unumgänglich ausschließen wie angenommen wurde, oder es könnte ein Hinweis dafür sein, dass bei diesen Eltern keine konsistente Haltung zu dieser Frage vorlag.

Die Muster „Verbots-“ bzw. „Erfahrungsorientierung“ waren bei den Eltern an den vier befragten Schulen unterschiedlich stark vertreten. Den offensten Umgang pflegten die Eltern der Versuchsschule 1 (66% Erfahrungsorientierte) und die Eltern der GS Kontrollschule 2 (50%), geringer war der Anteil an der Versuchsschule 2 und Kontrollschule 1 (beide ca. 30%). Keine Unterschiede zeigten sich dagegen in Abhängigkeit von dem Geschlecht des Kindes bzw. zwischen den Versuchs- und Kontrollklassen ($\chi^2=1,4<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$).

Darüber hinaus ließ sich beobachten, dass verbotsorientierte Eltern signifikant häufiger befürchteten, dass ihr Kind heimlich mit Zündmitteln spielt (s.o.), als Eltern, die ihren Kindern einen aktiven Umgang mit Feuer und Zündmitteln ermöglichten ($\chi^2=8,01>5,99$; $df=2$; $\alpha>0,05$). So traute von den verbotsorientierten Eltern nahezu jeder Vierte (24% der Angaben mit „hoch“ bzw. „sehr hoch“) dem eigenen Kind zu, dass es heimlich mit Feuer spielt, während der entsprechende Anteil bei den Eltern, die einen kontrollierten Gebrauch befürworteten, nur bei 3,6% lag.

Das Geschlecht des Kindes hatte auf die Brandschutzerziehung der Eltern keinen Einfluss, Jungen und Mädchen wurden gleich viele Erfahrungen mit Zündmitteln ermöglicht ($\chi^2=0,04<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$).⁸⁹⁴

⁸⁹² Berechnung für die Zahlen am Ende des 3. Schuljahres. Die Differenz im 4. Schuljahr war deutlich geringer ($\chi^2=0,23<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$).

⁸⁹³ Items, die Verbotsorientierung ausdrücken: „Streichhölzer gehören in keinem Fall in die Hände von Kindern, auch dann nicht, wenn Erwachsene dabei sind“ und „Nur ein klares Verbot verdeutlicht den Kindern die Gefahren, die beim Umgang mit Feuer entstehen können“. Items, die Erfahrungsorientierung ausdrücken: „Ein kontrollierter Gebrauch von Zündmitteln durch die Eltern vermittelt den Kindern Sicherheit und Erfahrung im Umgang mit Feuer“ und „Verbote sind zwecklos, sie wecken nur die Neugier des Kindes“.

⁸⁹⁴ Auch hier wurden die Daten aus dem 3. Schuljahr herangezogen.

Erwartungsgemäß ermöglichten die Eltern, die ihren Kindern die Fähigkeit zu einem sicheren Umgang mit Feuer und Zündmitteln zuschrieben, einen aktiven und selbständigen Zugang zu Feuer, während die Eltern, die meinten, dass ihr Kind dazu noch nicht in der Lage sei, den Zugang zu Zündmitteln eher verboten ($\chi^2=10,5>6,62$; $df=1$; $\alpha=0,01$).

Die Antworten der Eltern auf die Frage nach leichten Vorfällen im Umgang mit Feuer und den im Haus bzw. in der Wohnung vorhandenen Brandschutzmaßnahmen finden sich im Kapitel 5.3.3. Dabei zeigten sich keine Unterschiede ($\alpha>0,05$) in den Angaben der Eltern aus den verschiedenen Schulen und der Versuchs- bzw. Kontrollgruppe.

9.5.4.4 Deviantes/Kriminelles Verhalten

Mit der Befragung am Ende des 1. Schuljahres wurden die Eltern gebeten, verschiedene dissoziale Verhaltensweisen hinsichtlich des Schweregrades zu beurteilen. Die Frage zielt darauf ab, neben dem Gewaltverständnis der Kinder (vgl. Abbildung 9.65) auch die dazu im Elternhaus verbreiteten Einstellungen zu erfassen. Der Frageimpuls sowie zwei der verwendeten Items⁸⁹⁵ waren der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (ALLBUS) aus dem Jahre 2000 entnommen.⁸⁹⁶ Die weiteren Items wurden im gleichen Stil mit dem Schwerpunkt auf deviantes bzw. kriminelles Verhalten von Kindern und Jugendlichen ergänzt. Auf diese Weise war zumindest teilweise ein Vergleich zwischen der untersuchten Stichprobe und der repräsentativen ALLBUS-Umfrage für die Bevölkerung der Bundesrepublik möglich. Dabei zeigt sich, dass das jeweils geschilderte Verhalten von den befragten Eltern als ein schwerwiegenderes Vergehen bewertet wurde als von der Stichprobe des ALLBUS (vgl. Abbildung 9.78).

⁸⁹⁵ „Ein Mann schlägt sein 10-jähriges Kind, weil es ungehorsam war.“ und „Jemand fährt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, ohne einen gültigen Fahrausweis zu besitzen.“

⁸⁹⁶ vgl. www.gesis.org/dienstleistungen/daten/umfragedaten/allbus/studienprofile/2000-capi-papi (verfügbar am: 04.06.10).



Abbildung 9.78: „Im Folgenden geht es um abweichendes oder kriminelles Verhalten. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie das jeweilige Verhalten als „sehr schlimm“ (4), „ziemlich schlimm“ (3) „weniger schlimm“ (2) oder „überhaupt nicht schlimm“ (1) ansehen. Antworten für 160 Eltern aus den vier befragten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 1. Schuljahres.

Generell wurden die meisten mit den Items beschriebenen Verhaltensweisen von der Mehrzahl der Eltern als „sehr schlimm“ oder zumindest „ziemlich schlimm“ eingestuft. Lediglich das Herstellen von Raubkopien (MW: 2,77) oder das Einbehalten des überschüssig erhaltenen Wechselgeldes (MW: 2,65) wurde als „weniger schlimm“ angesehen, was vermutlich auch auf die (im Einzelfall) geringe Schadenssumme zurückgeführt werden kann.

Etwas überraschend war vielleicht, dass das Rauchen (bei einem 7-jährigen Kind) von allen abgefragten Verhaltensweisen, am negativsten bewertet wurde. Mit Ausnahme von zwei Eltern wurde dieses Verhalten von allen Befragten als „sehr schlimm“ eingestuft. Die Höhe der Ablehnung mag auch dann überraschen, wenn man sie in Relation zu den anderen Delikten, wie Kaufhausdiebstahl (eines 8-jährigen Kindes) oder Sachbeschädigung („Graffiti spraysen“) setzt, welche zwar keine hohe, aber doch eine etwas höhere Delikt toleranz fanden.

Unterteilt man die Antworten in die Rubriken „ziemlich schlimm“ und „sehr schlimm“ einerseits sowie „weniger schlimm“ und „überhaupt nicht schlimm“ andererseits, wie in Abbildung 9.79 geschehen, so fällt auf, dass das in einigen Items beschriebene Verhalten von einer größeren Zahl von Eltern ($n > 40$) im Range eines *Kavaliersdelikts*

eingearbeitet wurde. Hierunter fielen neben dem Einbehalten des Wechselgeldes mit dem so genannten „Schwarzfahren“ und dem Verbreiten von Raubkopien auch zwei Delikte, die strafrechtlich verfolgt werden.

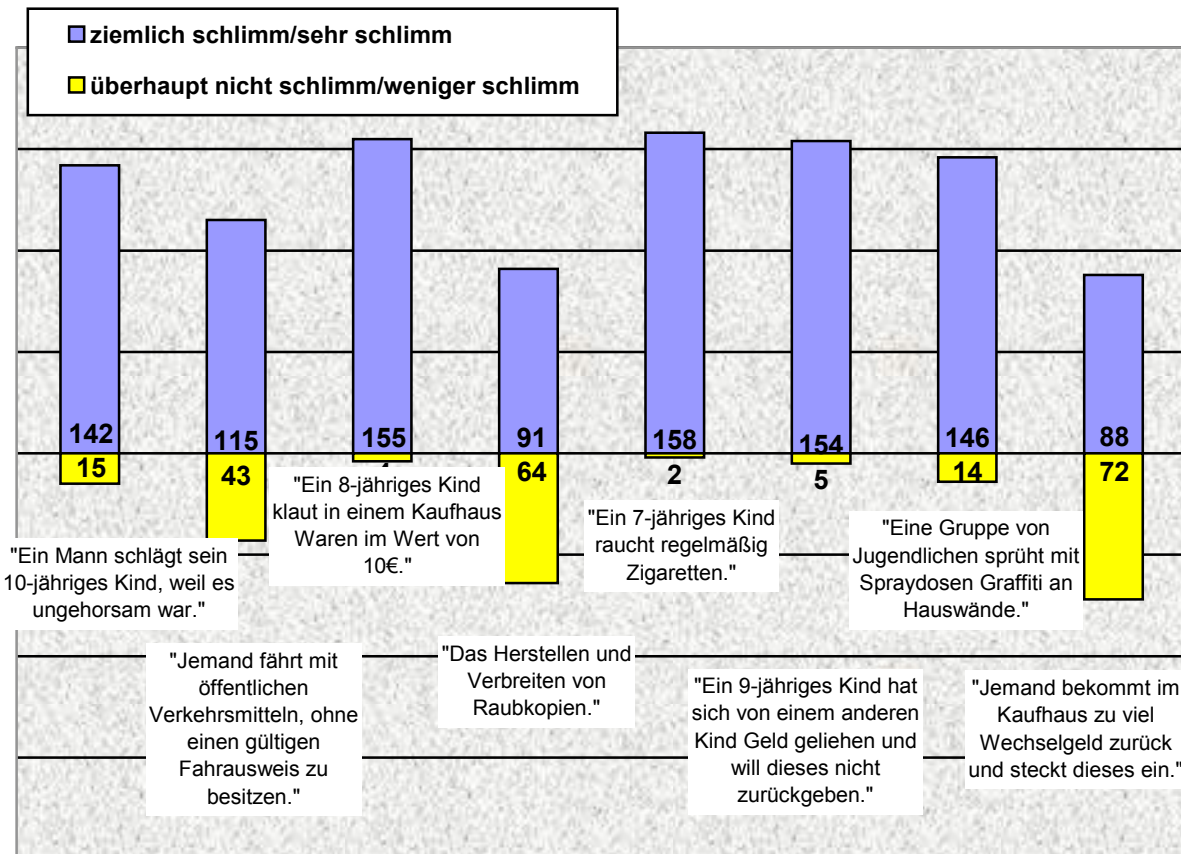


Abbildung 9.79: Unterteilung der Antworten nach den Rubriken „sehr schlimm“ und „ziemlich schlimm“ (blau) sowie „weniger schlimm“ und „überhaupt nicht schlimm“ (gelb). Absolute Zahlen für 160 Eltern aus den vier befragten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Endes des 1. Schuljahres.

Bei der Beurteilung der in den Items geschilderten Verhaltensweisen ergaben sich keine signifikanten Abweichungen ($\alpha > 0,05$) in den Antworten der Eltern

- aus den vier befragten Schulen,
- aus den Versuchs- bzw. Kontrollklassen,
- von Jungen und Mädchen.

9.5.4.5 Selbstentspannung/Autogenes Training

Zum Ende des 4. Schuljahres behandelte erstmals eine Interventionsmaßnahme das Thema „Selbstentspannung“. Mit der abschließenden Befragung sollte erhoben werden, ob systematische Entspannungstechniken in den Familien praktiziert werden. Generell sagten zwar ca. 20% der Eltern, dass sie bzw. ihr Kind (17%) zu Hause Entspannungsübungen durchführen würden; regelmäßig wurden diese aber nur von 5% der Eltern und 3% der Kinder angewendet. Dabei bestand ein hoher

Zusammenhang ($r=0,6$) zwischen dem Verhalten von Eltern und Kinder. Eltern, die selbst Entspannungstechniken anwenden und von ihrem Nutzen überzeugt sind, sorgen vermutlich dafür, dass ihre Kinder diese Techniken auch erlernen und einsetzen.

Weder bei den Eltern noch bei den Kindern zeigten sich Unterschiede hinsichtlich Versuchs- und Kontrollgruppe ($\chi^2=1,5$ (Eltern) bzw. $1,2$ (Kinder) $<3,84$; $df=1$; $\alpha>0,05$). Ebenso wenig ergaben sich bei den Kindern wie bei den Eltern geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anwendung von Entspannungsübungen.

Von großen Teilen der befragten Eltern wurden Entspannungsübungen eine positive Wirkung auf die Gesundheit zugesprochen. So sagten 75% der Eltern, dass derartige Techniken zu einer höheren Leistungsfähigkeit und besseren Konzentrationsfähigkeit beitragen können. Weiterhin bejahten 69%, dass mit Hilfe von Entspannungstechniken aggressive Verhaltensweisen reduziert und Ängste abgebaut werden können (55%). Jedes zweite Elternteil (51%) nahm an, dass mit Autogenem Training und ähnlichen Verfahren nicht nur die psychische, sondern auch die körperliche Gesundheit verbessert werden kann.

Hieraus lässt sich eine gewisse Dissonanz ableiten, da viele Eltern solchen Techniken zwar eine positive Wirkung zuschreiben, selbst diese aber nicht, oder nur unregelmäßig anwenden. Dazu passend war die Beobachtung, dass die positiven Auswirkungen von den Eltern, die die entsprechenden Übungen nicht durchführten, sogar für höher eingeschätzt wurden als von den Eltern, die eine solche Entspannungstechnik selbst praktizierten.

Es stellte sich die Frage, ob die Anwendung einer Entspannungstechnik auch mit anderen gesundheitsbezogenen Variablen korrelierte. Hierbei zeigte sich lediglich ein Zusammenhang zu den verschiedenen Bereichen des Sicherheits- und Gesundheitsverhaltens der Kinder (Items siehe Abbildung 9.87): So wurde das Ernährungsbewusstsein der Kinder, die regelmäßig oder unregelmäßig Entspannungsübungen durchführten von ihren Eltern für höher eingeschätzt als von Eltern, deren Kinder derartige Techniken nicht einsetzten ($\chi^2=13,54>7,81$; $df=3$; $\alpha<0,05$; vgl. Abbildung 9.80).

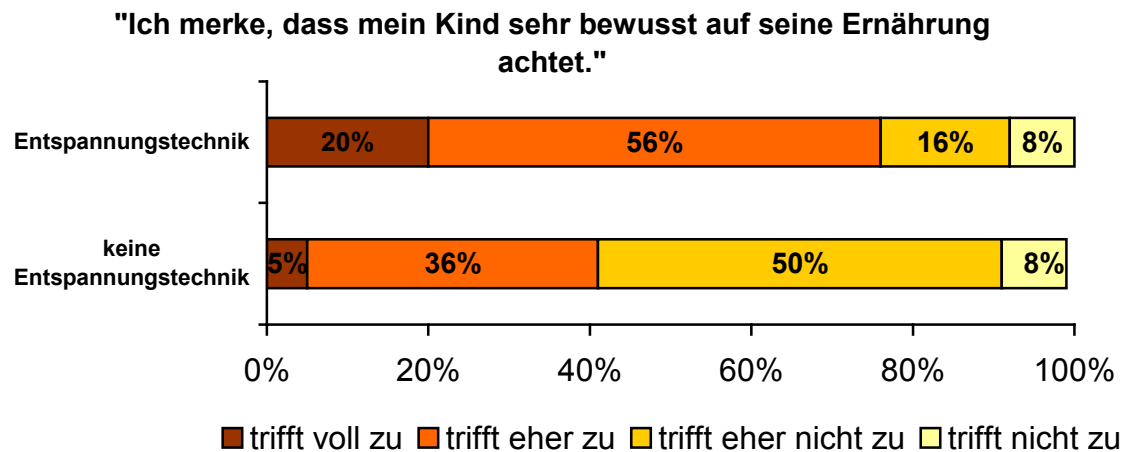


Abbildung 9.80: Zusammenhang zwischen der Anwendung einer Entspannungstechnik (regelmäßig und unregelmäßig) und dem Ernährungsbewusstsein. Einschätzungen der Eltern von 157 Schülern aus den vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 4. Schuljahres.

9.5.4.6 Ernährungserziehung/Kochabende mit den Eltern

Die Ernährungsberatung der AOK bemühte sich nicht nur darum, das Ernährungswissen der Schüler zu erhöhen und die Ernährungsgewohnheiten hin zu einer gesunden Ernährungsweise zu verändern, ein weiterer wichtiger Bestandteil der Interventionen stellte die Elternarbeit in den Versuchsklassen dar, für die ab dem 2. Schuljahr Kochveranstaltungen angeboten wurden.

Mit der Befragung am Ende des 3. Schuljahres wurden die Eltern erstmals gebeten, ihre Eindrücke dieser Veranstaltung wiederzugeben (siehe Abbildung 9.81). Diese Fragen konnten nur die Eltern der Versuchssgruppe beantworten. Unter diesen 39 Elternfragebögen befanden sich 14 (36%), bei denen die Ausfüllenden angaben, an dem Kochangebot teilgenommen zu haben. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Aussagen dieser 14 Fragebögen (elf Eltern der Versuchsschule 1 und drei der Versuchsschule 2⁸⁹⁷). Insgesamt brachten die Teilnehmer in ihren Äußerungen durchweg eine hohe Zufriedenheit mit den durchgeführten Kochabenden zum Ausdruck, da positiv formulierte Items eine hohe Zustimmung erhielten, während die negativ formulierten Aussagen weitgehend abgelehnt wurden.

⁸⁹⁷ Die unterschiedliche Nutzung der Kochangebote bei den Eltern der beiden Versuchsschulen zeigte sich schon im 2. Schuljahr, als ähnliche Veranstaltungen an der Versuchsschule 2 wegen des geringen Interesses ausfallen mussten, während an der Versuchsschule 1 auf Grund der großen Nachfrage gleich zwei Veranstaltungen durchgeführt wurden. Im 3. Schuljahr wurde daraufhin das Kochangebot für die Eltern beider Schulen gemeinsam angeboten, um auch einzelnen Interessenten der Versuchsschule 2 die Teilnahme zu ermöglichen.

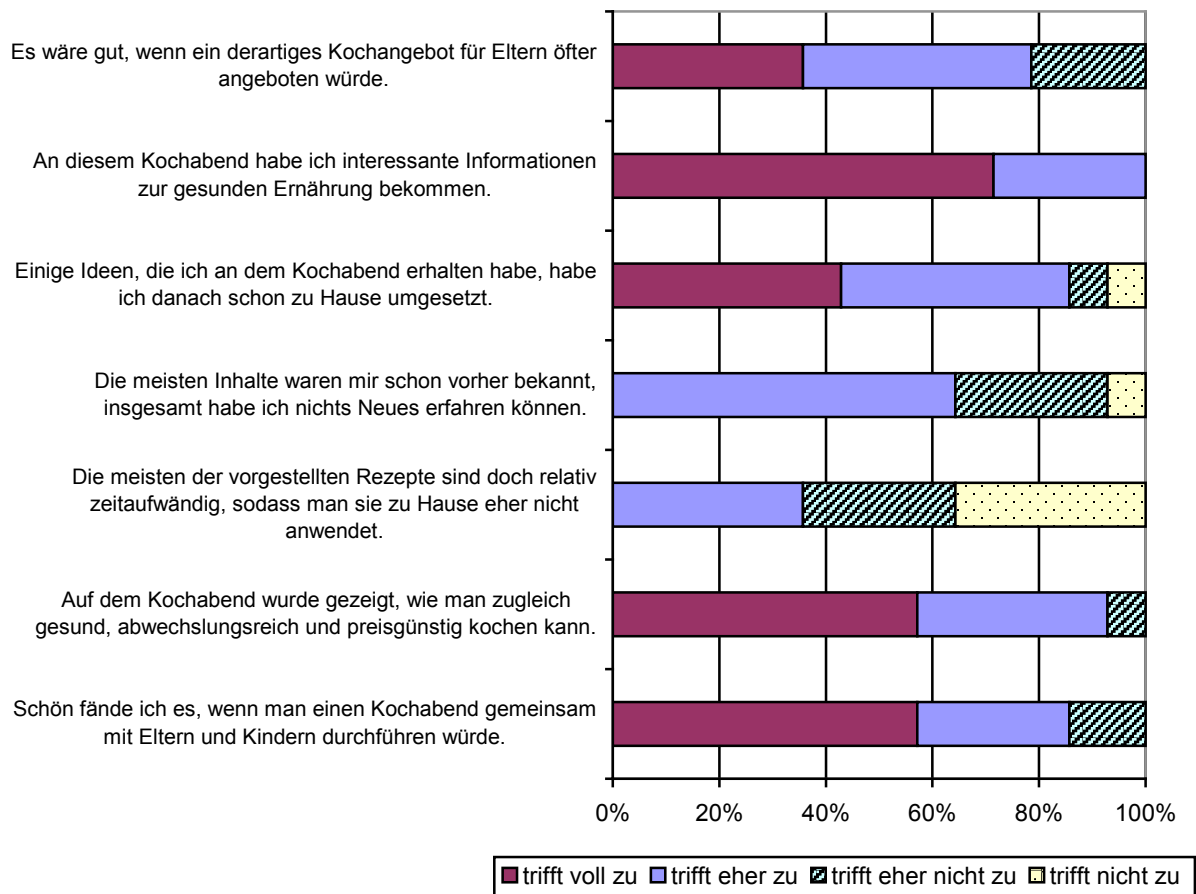


Abbildung 9.81: Bewertung der Aussagen zum Kochangebot für Eltern von 14 Teilnehmern der Versuchsgruppe. Quelle: Elternbefragung Ende des 3. Schuljahres.

Lediglich drei der 14 Eltern äußerten sich dahingehend, dass sie keine weiteren Kochangebote für Eltern besuchen würden; die anderen elf befürworteten es, wenn solche Veranstaltungen keine Ausnahme blieben, sondern öfter stattfänden. Mehrheitlich (8x „trifft voll zu“) sprachen sich die Eltern dafür aus, dass weitere Veranstaltungen für Eltern und Kinder gemeinsam angeboten werden sollten, was auf Grund dieser Äußerungen im 4. Schuljahr dann auch geschah (s.u.). Weiterhin stimmten alle Teilnehmer der Aussage zu, dass sie an dem Kochabend „*interessante Informationen zur gesunden Ernährung*“ erhalten haben. Dem gegenüber standen aber immerhin neun Eltern, die sagten, dass ihnen „*die meisten Inhalte [...] schon vorher bekannt [waren]*“. Dies unterstreicht den bekannten Selektionseffekt, demnach mit solchen Maßnahmen in der Regel diejenigen erreicht werden, die schon ein höheres Interesse mitbringen, während diejenigen, bei denen evtl. größere Defizite vorherrschen, solche Veranstaltungen eher selten besuchen (siehe auch Kapitel 7.5 zum Präventionsdilemma). Etwa ein Drittel (neun von 14) der Befragten stimmten des Weiteren der Aussage zu, dass die meisten vorgestellten Rezepte „*doch relativ zeitaufwändig [sind], sodass man sie zu Hause eher nicht anwendet*“ zumindest „*eher zu*“.

Die drei Personen, die weitere Kochabende ablehnten, sagten allesamt, dass ihnen die meisten Inhalte schon vorher bekannt waren. Die Ablehnung kann daher evtl. auf zu hohe Erwartungen zurückgeführt werden. Hieraus lässt sich die Schwierigkeit ablesen, ein Beratungsprogramm anzubieten, dass allen verschiedenen sozialen Gruppen, den Milieus bzw. deren Ernährungsgewohnheiten und -bedürfnissen gerecht wird.

Auf Grund der positiven Resonanz auf die entsprechende Frage im 3. Elternfragebogen wurde im Laufe des 4. Schuljahres eine Kochveranstaltung gemeinsam mit Eltern und Schülern durchgeführt. Allerdings wurden kaum neue Eltern motiviert, die Veranstaltung zu begleiten, weitgehend blieben es die gleichen Eltern, die in den drei Jahren (2.-4. Schuljahr), in denen Kochabende angeboten wurden, an den Veranstaltungen teilnahmen.

Auf die Evaluationsfrage im 4. Fragebogen antworteten 14 der 40 Eltern aus der Versuchsgruppe, dass sie an dem Kochangebot des 4. Schuljahres teilgenommen hatten, dies entsprach ungefähr einem Drittel der Stichprobe (35%), wobei die Frequentierung an der Versuchsschule 1 (zehn Eltern) wie in den vorhergehenden Jahren höher lag als an der Versuchsschule 2 (vier Eltern).

Die Abbildung 9.82 zeigt dabei eine hohe Übereinstimmung in der Einschätzung und Wahrnehmung des Kochangebots in den Befragungen vom Ende des 3. (2005) und 4. Schuljahres (2006). Sowohl in der Befragung am Ende des 3. wie auch der des 4. Schuljahres wurden die Veranstaltungen von den Eltern sehr positiv bewertet, da positiv formulierte Aussagen durchgängig eine hohe Zustimmung fanden, während negativ formulierte Items weitgehend abgelehnt wurden. Die höchste Zustimmung erhielten die Aussagen *„Einige Ideen, die ich auf dem Kochabend erhalten habe, habe ich danach schon zu Hause umgesetzt“* und *„Auf dem Kochabend wurde gezeigt, wie man zugleich gesund, abwechslungsreich und preisgünstig kochen kann“* (jeweils neun von 14 Eltern sagen, *„trifft voll zu“*), womit die Anwendungsorientierung des Angebots zum Ausdruck kommt. Die Anwendung der vermittelten Inhalte war dabei gegenüber 2005 nochmals höher (MW: + 0,37).

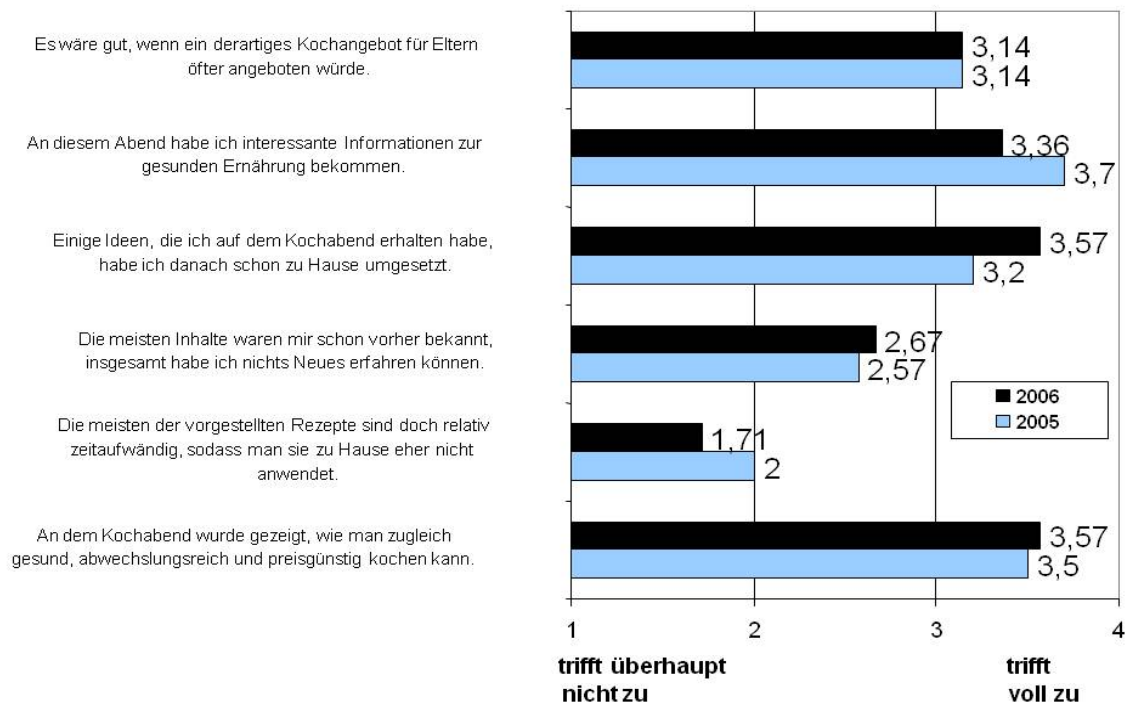
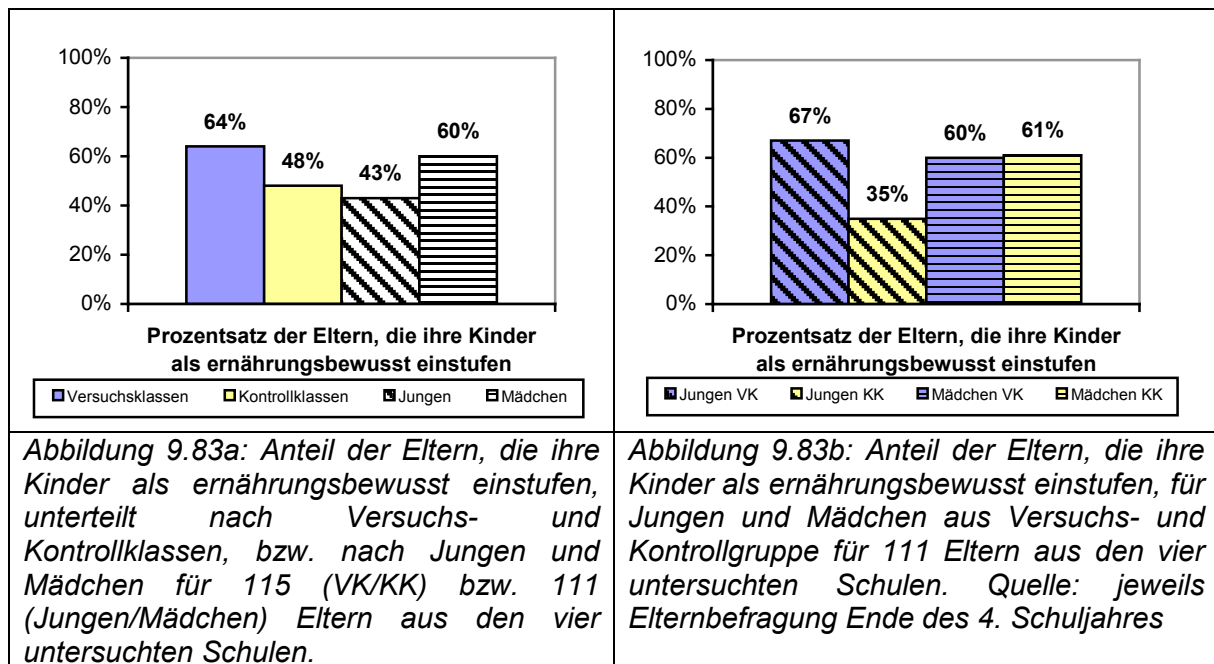


Abbildung 9.82: Einschätzung der Kochveranstaltungen für Eltern (und Kinder) von 14 Teilnehmenden beider Versuchsklassen im Rahmen der Befragungen vom Ende des 3. (2005) und 4. Schuljahres (2006).

Mit zwei weiteren Fragen wurden die Eltern nach dem Ernährungsbewusstsein ihrer Kinder gefragt. Hierzu wurden zwei sich inhaltlich widersprechende Formulierungen gewählt. Die Eltern, die beiden Aussagen gleichermaßen zustimmten bzw. beide ablehnten, blieben bei der weiteren Darstellung unberücksichtigt (neun von 166 Eltern (=5%)). Für die restlichen 157 Fälle ergab sich ein Korrelationskoeffizient von $\gamma = -0,7$, der die entgegengesetzten inhaltlichen Dimensionen der Items bestätigt. Bei den Antworten auf beide Fragen zeigte sich, dass etwa je die Hälfte der Eltern ihre Kinder eher als ernährungsbewusst bzw. weniger ernährungsbewusst einstufen.⁸⁹⁸

Zwar verfehlte eine Unterscheidung dieser beiden Gruppen nach Versuchs- und Kontrollklassen ($\chi^2 = 2,1 < 3,84$; $df=1$; $\alpha > 0,05$) einerseits und zwischen Jungen und Mädchen ($\chi^2 = 3,3 < 3,84$; $df=1$; $\alpha > 0,05$) andererseits die statistische Signifikanz, es deuten sich jedoch zumindest deskriptiv Tendenzen an, die mit größerer Fallzahl eventuell auch zu signifikanten Ergebnissen geführt hätten. Diese Tendenzen weisen darauf hin, dass zum einen die Eltern aus den Versuchsklassen und zum anderen die Eltern von Mädchen ihre Kinder als ernährungsbewusster wahrnahmen als die entsprechenden Vergleichsgruppen. In der Abbildung 9.83a sind die entsprechenden Zahlen graphisch dargestellt. Die Darstellung in 9.83b legt die Annahme nahe, dass speziell bei den Jungen in den Versuchsklassen das Ernährungsbewusstsein gesteigert werden konnte.

⁸⁹⁸ Zustimmung und Ablehnung bzw. Ablehnung und Zustimmung der Items „Ich merke, dass mein Kind sehr bewusst auf seine Ernährung achtet“ und „Ob eine Speise eher gesund oder eher ungesund ist, ist meinem Kind relativ gleichgültig“.



9.5.4.7 Wahrnehmung des Projekts bei den Eltern

Das Projekt war so konzipiert, dass die Eltern die in der Schule vermittelten Inhalte zu Hause aufgreifen und vertiefen sollten. Es wurde daher davon ausgegangen, dass das Ausmaß der Auswirkungen der einzelnen Maßnahmen auf die Gesundheit und Sicherheit der unterrichteten Schüler direkt davon abhängig war, inwieweit das Projekt und die Projekthalte den Eltern vermittelt werden konnten. Aus diesem Grund zielten einige Inhalte der Interventionsmaßnahmen direkt auf die Eltern, andere versuchten indirekt, d.h. über die Kinder, das Verhalten und die Einstellungen der Erziehenden zu verändern. Die Wahrnehmung der Unterrichtsinhalte durch die Eltern liefert wichtige Hinweise über den Erfolg dieser Bemühungen.

Am Ende des 1. Schuljahres wurde der Bekanntheitsgrad des Projektes - nach dem ersten Projektjahr und zwei durchgeführten Erhebungsphasen - erfasst. Hierbei zeigte sich das zu erwartende Ergebnis, dass das Projekt in den Versuchsklassen wesentlich bekannter war als in den Kontrollklassen, die eher am Rande (in der Regel nur bei den jährlichen Untersuchungen) mit dem Projekt in Berührung kamen. An den beiden Versuchsschulen hätten darüber hinaus noch private Kontakte zwischen den Eltern bzw. Schülern aus Versuchs- und Kontrollklasse, sowie die örtlichen Presseberichte zu einer höheren Informiertheit der Eltern aus den Kontrollklassen führen können. Durch die räumliche Entfernung der beiden Städte (ca. 20km) und durch die unterschiedlichen Lokalausgaben der WAZ-Zeitungsgruppe wurde dagegen der Informationsgrad der Kontrollschulen in B-Stadt für relativ gering eingeschätzt. Nicht beurteilbar war allerdings der Einfluss der betroffenen Klassenlehrer aus diesen beiden Schulen. Um die verschiedenen Effekte zumindest teilweise verfolgen zu können, wurde in der Abbildung 9.84 zwischen den Kontrollklassen aus den beiden Städten unterschieden.

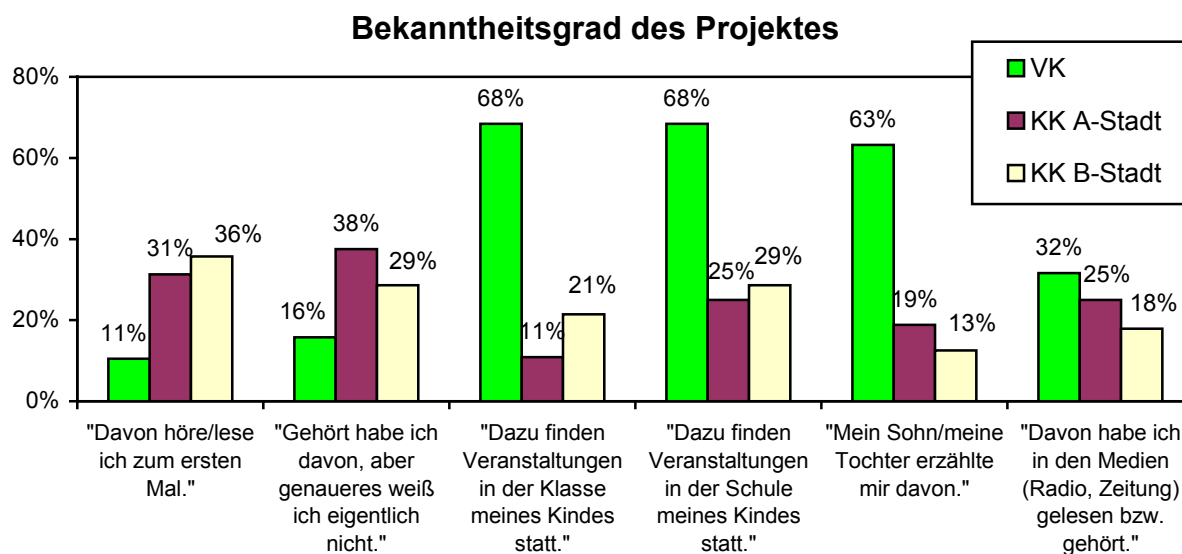


Abbildung 9.84: Ja-Antworten für 163 Eltern aus den vier befragten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 4. Schuljahres.

Nach dem ersten Projektjahr war einem größeren Teil der Eltern aus der Versuchsgruppe - aber noch keineswegs allen - bekannt, dass in der Klasse ihres Kindes zusätzliche Maßnahmen im Rahmen der Sicherheits- und Gesundheitserziehung stattfanden. Etwa zwei Drittel (68%) der Eltern aus den Versuchsklassen konnten angeben, dass in der Klasse ihrer Kinder Veranstaltungen durch die verschiedenen Projektpartner durchgeführt wurden. Andererseits kreuzten auch vier Eltern (=11%) aus den Versuchsklassen die Antwort: „*Davon höre/lese ich zum ersten Mal*“ an.⁸⁹⁹

Auf Grund des unmittelbaren Bezugs war auch die Medienrezeption der Berichte über das Projekt in den Versuchsklassen höher als in den Kontrollklassen. Etwas überraschend erscheint hierbei allerdings der hohe Wert von 18% bei den Eltern der Kontrollschulen, zumal in der dortigen Lokalausgabe der regionalen Zeitungen nicht über das Projekt berichtet wurde und Radioberichterstattungen im Lokalsender „Radio EN“ am Anfang und Ende des Projektes eine Ausnahme blieben.

Gewisse Unterschiede zeigen die Antworten innerhalb der beiden Versuchsklassen. So gingen die Kinder von den vier Eltern, die „*zum ersten Mal*“ von dem Projekt hörten oder lasen, auf die Versuchsschule 2. Auch gaben lediglich 50% der Eltern der Versuchsklasse der Versuchsschule 2 an, dass in der Klasse ihres Kindes Veranstaltungen zu dem Projekt stattfanden. Der entsprechende Wert an der Versuchsschule 1 lag bei 85%. Des Weiteren scheinen die Kinder der Versuchsschule 1 (85%) öfter ihren Eltern von den Projektmaßnahmen berichtet zu haben als die Kinder der Versuchsschule 2 (39%). Auch die Medienrezeption war bei

⁸⁹⁹ Die teilweise hohen Werte in den Kontrollklassen lassen sich vermutlich damit erklären, dass die jährlichen Befragungen und Tests auch als „Veranstaltungen“ missverstanden wurden.

den Eltern der Versuchsschule 1 (50%) wesentlich höher als bei den Eltern der Versuchsklassen der Versuchsschule 2 (11%).

Bei den Abschlussbefragungen vom 2. bis zum 4. Schuljahr wurde gezielt nach den jeweils im zurückliegenden Schuljahr durchgeführten Unterrichtseinheiten gefragt. Die Abbildung 9.85 gibt Aufschluss über den Bekanntheitsgrad der verschiedenen Interventionsmaßnahmen. Zu berücksichtigen ist, dass bei der Befragung am Ende des 2. Schuljahres nur die Eltern der Versuchsklasse der Versuchsschule 2 befragt wurden, da auf Grund eines organisatorischen Fehlers in der Versuchsklasse der Versuchsschule 1 auch die Fragebögen für die Kontrollklasse ausgegeben worden waren. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus dem 1. Schuljahr und der höheren Informiertheit der Eltern der Versuchsschule 1 ist zu vermuten, dass sich leicht höhere Werte ergeben hätten, wenn auch die Eltern dieser Versuchsklasse auf die Frage geantwortet hätten. Zur Kontrolle wurden neben den tatsächlich durchgeführten Maßnahmen auch falsche Antworten vorgegeben, die nicht Bestandteile des Interventionsprogrammes waren und denen somit eine Kontrollfunktion zukam. Hierzu zählte der „Erste-Hilfe-Kurs für Kinder“ (in den Befragungen Ende 2.-4. Schuljahr enthalten) und der Schwimmkurs (nur in der Abschlussbefragung enthalten).

Die Abbildung 9.85 zeigt, dass die Eltern über die Mehrzahl der Veranstaltungen in der Klasse von ihren Kindern informiert worden waren. Die durchgeführten Maßnahmen konnten bis auf wenige Ausnahmen von über 60% bis zu über 90% der Eltern der Versuchsklassen identifiziert werden. Eine gewisse Konstanz vermitteln die Ergebnisse über alle Jahre: Ein Großteil der Eltern, aber keineswegs alle, waren die ganze Zeit über mit den durchgeführten Maßnahmen im Projekt vertraut und haben sich daher vermutlich auch zu Hause mit den gesundheitsbezogenen Themen auseinander gesetzt.

Verstärkt wurde diese Aussage auch dadurch, dass die angebotenen Falschantworten (schraffierte Balken) in den ersten Jahren fast gar nicht und am Ende des 4. Schuljahres nur von einigen Eltern angekreuzt wurden. Das Ansteigen des „Erste- Hilfe-Kurses“ im Laufe des Befragungszeitraums kann vielleicht auch darauf zurückgeführt werden, dass das wiederholte Auftauchen dieses Kontroll-Items in den Befragungen erinnert und als ein Bestandteil des Projektes fehlgedeutet wurde.

„In der Klasse Ihres Sohnes/Ihrer Tochter fanden im zurückliegenden Schuljahr verschiedene Unterrichtseinheiten statt, die von außerschulischen Einrichtungen durchgeführt wurden. Von welchen dieser Stunden hat Ihnen Ihr Kind erzählt?“

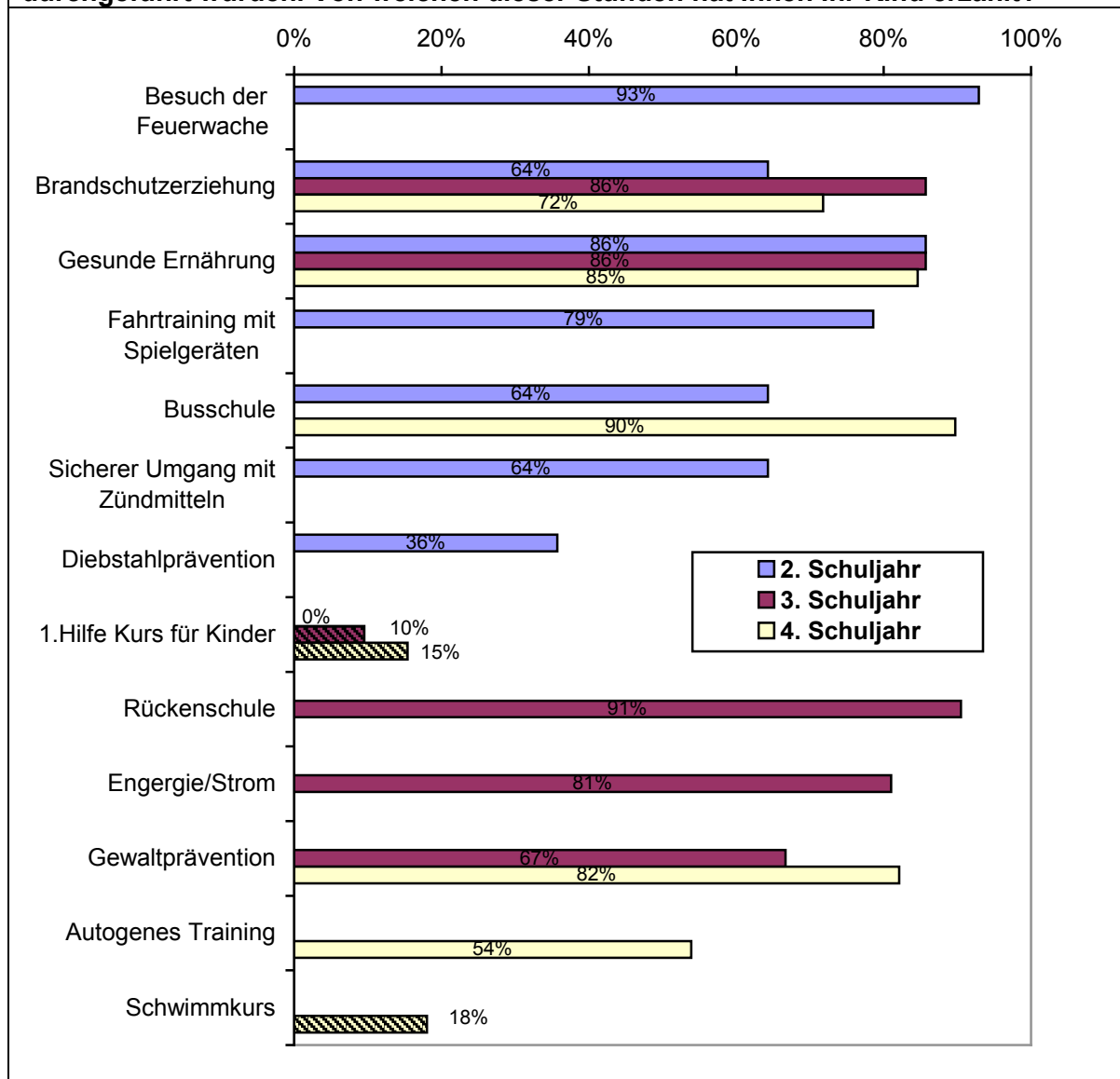


Abbildung 9.85: Wahrnehmung der durchgeführten Interventionsmaßnahmen bei den Eltern. Anteil der „Ja“-Antworten für 14 Eltern aus der Versuchsklasse der Versuchsschule 2 (2. Schuljahr), 41 Eltern (3. Schuljahr) und 39 Eltern aus den Versuchsklassen (4. Schuljahr). Falsche Antwort-Vorgaben (nicht durchgeführte Veranstaltungen) wurden schraffiert. Quelle: Elternfragebögen Ende des 2-4. Schuljahres.

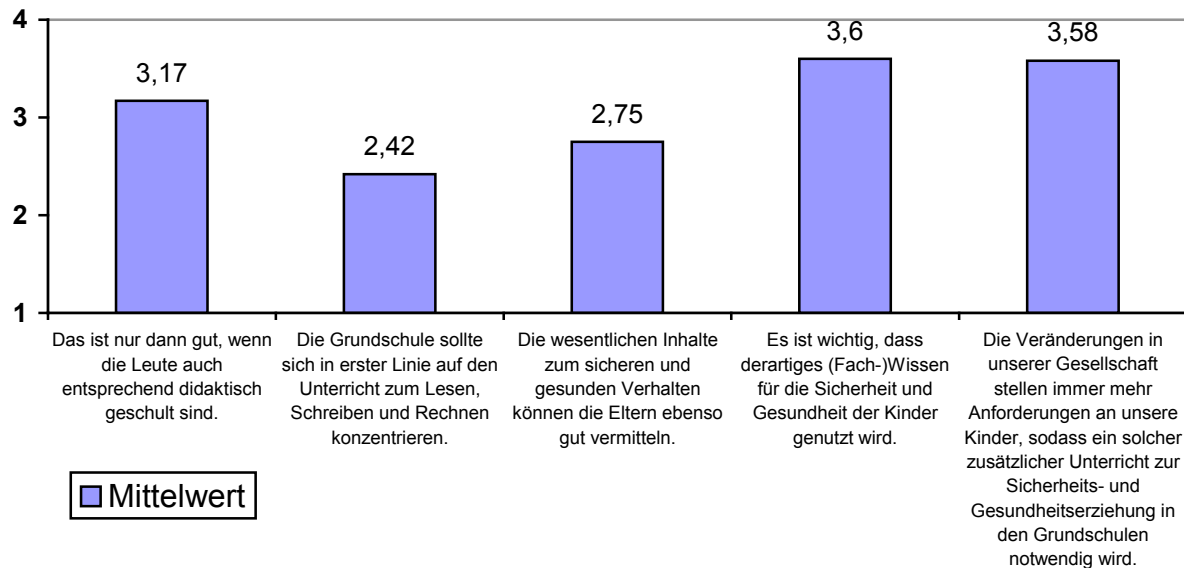
Besonders eindrucksvoll schien dabei der Besuch der Feuerwache gewesen zu sein, von dem anscheinend nahezu alle Kinder zu Hause berichtet hatten. Lediglich die Maßnahmen der Polizei zur Diebstahlprävention aus dem 2. Schuljahr und die Entspannungsübungen (Autogenes Training) im 4. Schuljahr fielen gegenüber den anderen Unterrichtseinheiten etwas ab. Sie sind entweder nicht in diesem Ausmaß von den Schülern zu Hause berichtet worden, den Eltern nicht umfassend in Erinnerung geblieben oder aber konnten als Label in der Befragung nicht mit den von den Kindern berichteten, konkreten Unterrichtsinhalten in Verbindung gebracht

werden. Bei dem Autogenen Training war die hohe Fehlerquote etwas überraschend, da diese Veranstaltung erst am Ende des 4. Schuljahres stattgefunden hatte, somit den Abschluss des Gesamtprojektes bildete und noch am ehesten in Erinnerung geblieben sein müsste. Eventuell wurde hier das von den Kindern geschilderte Unterrichtsgeschehen nicht von allen Eltern in ein „Autogenes Training“ übersetzt: Anzunehmen wäre, dass die Kinder nur von einzelnen Bestandteilen des Programms, z.B. den Stille-Übungen oder Phantasiereisen, berichtet haben. Des Weiteren dürfte der Wiedererkennungswert bei kontinuierlichen Maßnahmen („Bus-Schule“, Gesunde Ernährung) höher gelegen haben als bei einmaligen Veranstaltungen, wie es das Entspannungstraining darstellte.

Die Identifizierung der Veranstaltungen gelang sowohl bei der Benennung der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen als auch bei der Ablehnung der fiktiven Falschantworten bei den Eltern der Versuchsschule 1 besser als bei denen der Versuchsschule 2. Diese Aussage ist für alle drei Befragungszeiträume gültig.

Bei der Abschlussbefragung am Ende des 4. Schuljahres wurden zusätzlich drei weitere, bilanzierende Fragen zu der von den Eltern wahrgenommenen Wirkung des Projektes und zur Akzeptanz solcher Projekte im Allgemeinen gestellt. Generell wurde das Projekt von den Eltern der Versuchsklasse positiv wahrgenommen. So schätzten bis auf zwei Ausnahmen (=6%) alle Eltern, die auf diese Frage geantwortet haben, die Auswirkungen der verschiedenen Maßnahmen als „*sehr hoch*“ (21%) bzw. „*hoch*“ (73%) ein (ohne Abbildung).

Die überwiegende Zahl der Eltern sah in den sich ändernden Anforderungen, die die Umwelt an die Kinder stellt, die Notwendigkeit, das Fachwissen außerschulischer Institutionen für den Grundschulunterricht nutzbar zu machen (vgl. Abbildung 9.86). Lediglich in Einzelfällen (weniger als 5% äußerten sich mit „*trifft nicht zu*“ bzw. „*trifft eher nicht zu*“) wurden die entsprechend formulierten Aussagen abgelehnt. Dabei wurde die fachliche Kompetenz von der Mehrzahl der Eltern für so hoch bewertet (63% antworten mit „*trifft voll zu*“), dass selbst eventuell fehlende didaktische Voraussetzungen für den Unterricht in der Grundschule als weniger bedeutsam eingestuft wurden (39% „*trifft voll zu*“). Die beiden konzeptionell negativ formulierten Items („*Die Grundschule sollte sich in erster Linie auf den Unterricht zum Lesen, Schreiben und Rechnen konzentrieren*“ und „*Die wesentlichen Inhalte zum sicheren und gesunden Verhalten können die Eltern ebenso gut vermitteln*“) spalteten das weitgehend einheitliche Antwortverhalten der Eltern auf: Mehr als zwei Drittel sagten, dass sie als Eltern die gesundheitsrelevanten Grundlagen ebenso gut vermitteln könnten wie die außerschulischen Experten; etwa die Hälfte stimmte der Forderung zu, dass sich die Schule auf die Unterrichtung der Kulturtechniken konzentrieren solle. Beide Aussagen stehen im gewissen Widerspruch zu den vorhergehenden Statements.



wobei: 4 = trifft voll zu, 3 = trifft eher zu, 2 = trifft eher nicht zu, 1 = trifft nicht zu

Abbildung 9.86: Mittelwert zu den Antworten auf die Frage „Wie beurteilen Sie die Einbindung außerschulischer Institutionen in den Grundschulunterricht“. Antworten für 175 Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 4. Schuljahres.

Die höchsten Korrelationen ergaben sich zwischen den Items (Abkürzungen) „*Fachwissen*“ und „*Veränderungen*“ ($\text{cor.}_{\text{(Pearsons)}}=0,61$) sowie zwischen „*Eltern*“ und „*Lesen, Schreiben, Rechnen*“ ($\text{cor.}_{\text{(Pearsons)}}=0,46$). Dies bestätigte, dass hiermit tendenziell unterschiedliche Positionen zum Ausdruck kommen, trotzdem waren diese aber für immerhin $\frac{3}{4}$ der Eltern gleichermaßen zustimmungsfähig. Bei den letzten beiden genannten Items fiel auf, dass die Eltern aus der Versuchsgruppe seltener die Ansicht vertraten, dass die Schule sich auf die Vermittlung der Kulturtechniken konzentrieren solle ($\chi^2=4,3>3,84$; $\text{df}=1$; $\alpha=0,05$) und zumindest tendenziell seltener angaben, dass die Eltern die entsprechenden Inhalte zum sicheren und gesunden Verhalten ebenso gut vermitteln könnten ($\chi^2=3,5<3,84$; $\text{df}=1$; $\alpha>0,05$). Es deutet sich hier also an, dass durch das Projekt die Akzeptanz der Eltern für die Einbindung außerschulischer Institutionen im Grundschulunterricht gesteigert werden konnte. Letzteres geht bei den Eltern der Versuchsgruppe mit einer in mancher Hinsicht positiveren Wahrnehmung ihrer Kinder in Sicherheits- und Gesundheitsfragen einher, wie es in Abbildung 9.87 zum Ausdruck kommt.

„Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zum Sicherheits- und Gesundheitsverhalten Ihres Kindes.“

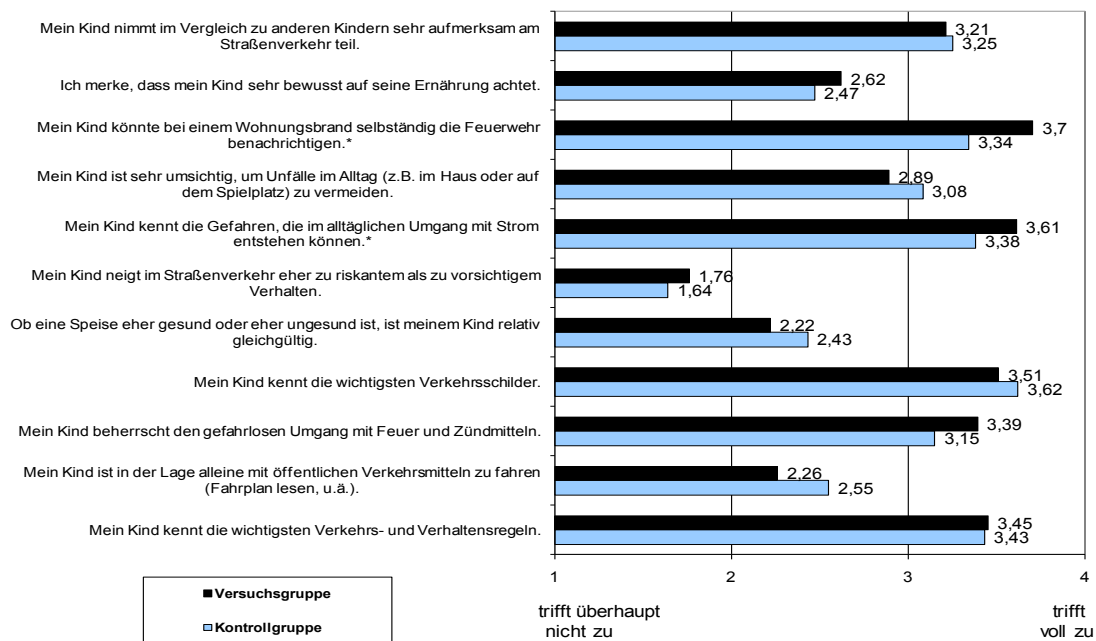


Abbildung 9.87: Einschätzung von verschiedenen Aspekten des Sicherheits- und Gesundheitsverhaltens ihrer Kinder für 171 Eltern aus den vier untersuchten Schulen. Quelle: Elternfragebogen Ende des 4. Schuljahres.

Bei nahezu allen Aspekten - mit Ausnahme der im Laufe der Projektdauer reduzierten verkehrspädagogischen Maßnahmen - bestätigen die Eltern ein sicheres und gesünderes Verhalten als die Eltern der Kontrollgruppe. Es ergaben sich signifikante Unterschiede, wonach die Eltern aus der Versuchsgruppe zum einen häufiger annahmen, dass ihr Kind im Brandfall „selbständig die Feuerwehr benachrichtigen“ könne ($T=3,1 > 2,62$; $\alpha=0,01$), eine Einschätzung die durch die Ergebnisse der Kinderbefragung bestätigt wurde, und zum anderen, dass es die Gefahren kenne, „die im alltäglichen Umgang mit Strom entstehen können“ ($T=2,2 > 1,98$; $\alpha=0,05$). Korrespondierend mit der ersten Einschätzung stufen die Eltern der Versuchsgruppe ihre Kinder im „Umgang mit Feuer und Zündmitteln“ tendenziell als sicherer ein, die Differenz verfehlte jedoch die statistische Signifikanz ($T=1,7 < 1,98$; $\alpha > 0,05$). Hinsichtlich der Unfallgefahren im Umgang mit Strom hatte die abschließende Kinderbefragung zwar keinen Unterschied mehr zwischen den beiden Teilstichproben ergeben, jedoch war der Wissensvorsprung der Versuchsklassen bei der Untersuchung am Ende des 3. Schuljahres hochsignifikant gewesen.

Bei den beiden entsprechenden Items stufen die Eltern der Versuchsgruppe das Ernährungsbewusstsein ihrer Kinder für höher als die Eltern der Kontrollgruppe, was durchaus den Ergebnissen der Kinderbefragung entsprach. Dass die Eltern der Versuchsgruppe bei allen Aussagen zum Verhalten im Straßenverkehr und zum allgemeinen Sicherheitsbewusstsein die Kompetenzen ihrer Kinder nicht höher einschätzten als die Eltern der Kontrollgruppe, entsprach ebenfalls den

entsprechenden Ergebnissen der Kinderbefragung. Einzig bei dem mit der „Bus-Schule“ assoziierten Item widersprach die Beurteilung der Eltern den Ergebnissen der Kinderbefragung. Allerdings wurde mit der Kinderbefragung nach Gefahrenquellen bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel gefragt, während sich die Elternbefragung auf die selbständige Nutzung öffentlicher Verkehrsangebote im Allgemeinen bezog.

9.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der verschiedenen Unterrichtsbeiträge im Projekt *„Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* zusammengefasst. Zunächst soll die Frage geklärt werden, inwieweit sich im Laufe des Projektzeitraumes die Gefahrenkognition der Kinder entwickelt hat, und ob die Schüler der Versuchsklassen eine günstigere Entwicklung durchlaufen haben als die Kontrollgruppe (9.6.1). Daran anschließend werden die Beiträge der am Projekt beteiligten Institutionen bilanziert (9.6.2). Abschließend wird unter 9.6.3 eine Gesamtbewertung des Projektes vorgenommen.

9.6.1 Entwicklung der Gefahrenkognition im Projektzeitraum

Die Antworten zu den sich in den verschiedenen Erhebungsinstrumenten wiederholenden Bildaufgaben - in der Regel zu den Gefahrenbereichen, die nicht Gegenstand von Unterrichtseinheiten des Projektes waren - zeigten in den beiden ersten Grundschuljahren einen langsamen Anstieg im Sicherheitsbewusstsein aller befragten Kinder, ehe es dann im Laufe des 3. Schuljahres einen großen Entwicklungssprung gab, der in allen Teilstichproben beobachtet werden konnte und der sich mit der Abschlussbefragung am Ende des 4. Schuljahres zwar bestätigte, nicht aber weiter angestiegen war. Diese Entwicklung fand in alle Teilstichproben weitgehend gleich statt.

Zum Einschulungszeitpunkt waren den Kindern die Unfallgefahren im Haus, dem vorwiegenden Lebensraum in dieser Alltagsklasse, am besten bekannt. Die Kinder konnten diesen Gefahrenraum ziemlich gut einschätzen, zeigten aber noch Defizite bei der Benennung von Unfallpräventionsmaßnahmen. Diese Beobachtung war nicht nur für die Unfallgefahren im Haus zutreffend, sondern galt weitgehend für alle anderen Gefahrenbereiche.

In den ersten beiden Schuljahren schienen Gefahrenquellen in der außerhäuslichen Freizeit (auf dem Spielplatz, im Garten, ...) gegenüber den Unfallgefahren im Haus insgesamt weniger bekannt, Gefahren konnten häufig nur erahnt, nicht im Detail benannt werden. Bei den Freizeitunfällen zeigten die Jungen ein höheres Gefahrenwissen als die Mädchen. Dies kann dadurch erklärt werden, dass die Aneignung des außerhäuslichen Lebensraums bei Jungen generell früher und selbständiger geschieht als bei Mädchen, sodass von den Jungen der Stichprobe hier vermutlich früher Erfahrungen gemacht wurden, die dann zu einer Verbesserung des Sicherheitsbewusstseins geführt haben können.

Mit jeder Elternbefragung wurden die Kinderunfälle erfasst, die sich im jeweils zurückliegenden Untersuchungszeitraum ereignet hatten. Bis zum Einschulungszeitpunkt mussten immerhin 40% der Kinder auf Grund eines Unfalls ärztlich behandelt werden, davon 16% sogar mehrfach. Über die Hälfte dieser Verletzungen entstanden als Folge eines Sturzes, wobei jeder zweite Unfall, der im Vorschulalter von den Eltern angegeben wurde, in der Wohnung stattgefunden hatte. Im Laufe der vier Grundschuljahre sank dieser Anteil kontinuierlich ab, dagegen nahmen die Bedeutung der städtischen Umgebung und der Schule als Unfallorte zu. Sechs Prozent der Kinder waren zum Einschulungszeitpunkt schon einmal in einen Verkehrsunfall verwickelt gewesen. Der Großteil davon allerdings passiv, d.h. als Mitfahrer im Auto. Lediglich in zwei Fällen gab es eine mehr oder weniger aktive Beteiligung mit den Kindern als Fußgänger.

Im Laufe des Grundschulzeitraums mussten jährlich zwischen 14% und 18% der Schüler mindestens einmal auf Grund einer Unfallverletzung ärztlich behandelt werden. Verletzungen auf Grund von Unfällen im Straßenverkehr gab es nur in Einzelfällen, die Mehrzahl der Unfallverletzungen wurde durch Sturzunfälle hervorgerufen. Den größten Zuwachs im untersuchten Zeitraum gab es bei den Sport- und Reitunfällen, mit der Veränderung kindlicher Freizeitaktivitäten reduzierten sich (absolut wie auch relativ) dagegen die Unfälle, die im Haus oder in der Wohnung stattfanden.

Mit zunehmendem Alter der Kinder zeigten sich ab dem Ende des 3. Schuljahres die aus repräsentativen Unfallstatistiken bekannten, geschlechtsspezifischen Unterschiede, nach denen Jungen wesentlich häufiger in Unfallsituationen mit anschließender ärztlicher Behandlung geraten als Mädchen.

Zu keinem Messzeitpunkt ergaben sich Unterschiede in der Unfallhäufigkeit zwischen den Schülern aus den Versuchs- und Kontrollgruppen. Auch unter Berücksichtigung von minderschweren oder Beinahe-Unfällen ergaben sich keine Abweichungen. Die durchgeführten Unterrichtseinheiten konnten demnach keine Senkung der Unfallhäufigkeiten bewirken. Eine Steigerung des allgemeinen Sicherheitsbewusstseins war daher auch über die Unfallzahlen nicht nachzuweisen.

9.6.2 Beiträge der Projektpartner

9.6.2.1 Beiträge der Polizei EN

Die Schwerpunkte der Unterrichtsbeiträge der Polizei lagen während der ersten beiden Schuljahre zunächst auf verkehrspädagogischen Maßnahmen und widmeten sich dann im 3. und 4. Schuljahr der Gewaltprävention.

Verkehrserziehung

Die Evaluation der verkehrspädagogischen Unterrichtseinheiten am Ende des 1. Schuljahres ergab ein signifikant höheres Ergebnis in der Gefahrenwahrnehmung/-benennung der Kinder aus den Versuchsklassen gegenüber denen der Kontrollgruppe. Unklar blieb zunächst, ob dies noch eine Fortsetzung des bereits zum Einschulungszeitpunkt gemessenen höheren Gefahrenwissens in den Versuchsklassen war, oder ob diese Differenz nunmehr auf die Unterrichtseinheiten

zurückgeführt werden konnte. Da sich bei den anderen Gefahrenbereichen (Unfälle in der Freizeit, Unfälle im Haus) diese Überlegenheit der Versuchsklassen am Ende des 1. Schuljahres nicht mehr ergab, ließ sich der bei den Bildaufgaben zum Straßenverkehr beobachtete Unterschied zumindest teilweise auf die Unterrichtseinheiten der Polizei zurückführen. Vorsichtig formuliert: Die Unterrichtsstunden der Polizei schienen dazu beigetragen zu haben, dass die Schüler aus den Versuchsklassen hinsichtlich der Bildaufgaben zum Themengebiet „Verkehr“ ein besseres Ergebnis erreichen konnten als die Schüler aus den Kontrollklassen. Die Wahrnehmung, das Gefahrenwissen und die Benennung von präventivem Verhalten waren demnach in den Versuchsklassen überdurchschnittlich stark angestiegen.

Die Evaluation der Maßnahmen des 2. Schuljahres bestätigte die höhere Gefahrenwahrnehmung der Versuchsgruppe bei Unfallgefahren im Straßenverkehr. Im Vergleich zu den Ergebnissen der „Bus-Schule“ waren die Unterschiede allerdings eher gering, was auch daran gelegen haben konnte, dass die Unterrichtseinheiten der Polizei ganzheitlich konzipiert waren (z.B. soziales Lernen von Verhaltensregeln), während die „Bus-Schule“ stärker konkrete Wissenssegmente vermittelt hatte, deren Wirkung damit auch leichter zu messen und zu überprüfen war.

Mit der Befragung am Ende des 3. Schuljahres (keine verkehrspädagogischen Unterrichtsbeiträge im 3. und 4. Schuljahr) hatte sich der Kenntnisstand der Versuchs- und der Kontrollgruppe auf dem Gebiet der Verkehrserziehung einander angenähert. Ohne die nach wie vor nachweisbaren Auswirkungen der „Bus-Schule“ war keine unterschiedliche Wahrnehmung verkehrspädagogischer Elemente mehr zu beobachten. Diese Tendenz bestätigte sich mit der Abschlussuntersuchung im 4. Schuljahr. Zu diesem Zeitpunkt waren zudem Schwächen in der Kenntnis ausgewählter Verkehrszeichen trotz der intensiv durchgeführten Radfahrausbildung in allen Klassen zu beobachten.

Verkehrserziehung im Elternhaus

Nahezu alle Eltern stuften zum Einschulungszeitpunkt die Bedrohung des Straßenverkehrs für die Sicherheit ihrer Kinder als sehr hoch ein, wobei sie mehrheitlich sich selbst, dann erst die staatlichen Institutionen (Schule, Polizei) für die Verkehrserziehung der Kinder als verantwortlich bezeichneten. Dementsprechend umfassend hatte der Großteil der Eltern ihre Kinder vor Schuleintritt auf die Teilnahme am Straßenverkehr vorbereitet, sei es, dass sie den Schulweg abgegangen waren, das sichere Überqueren der Straße eingeübt hatten oder auf eine gut sichtbare Kleidung achteten. Des Weiteren legten sie zunehmend mehr Wert auf Schutzbekleidung beim Fahrrad fahren oder Inline skaten.

Die meisten Schwerpunkte verkehrspädagogischer Unterrichtseinheiten wurden von den Eltern als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ eingestuft. Lediglich die Verbesserung der Sicherheit im Umgang mit Skateboards und Inline-Skates oder die Programme zur Nutzung von Bus und Bahn wurden als weniger notwendig angesehen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass viele Eltern das in diesen Bereichen liegende Gefahrenpotenzial noch nicht erkannt haben, weshalb sie auf die Verkehrserziehung ihrer Kinder in diesen Bereichen eventuell auch weniger achten.

Generell schätzten die Eltern die theoretischen und praktischen Fähigkeiten ihrer Kinder für hoch, vermutlich sogar für zu hoch ein. Zumindest liegt diese Vermutung nahe, wenn man die Einschätzung der Eltern mit den Daten der Kinderbefragungen und den Alltagserfahrungen der Lehrer und Verkehrserzieher vergleicht. Ungefähr die Hälfte der Eltern glaubte bereits am Ende des 2. Schuljahres, dass ihr Kind die wichtigsten Verkehrsschilder und die wichtigsten Verkehrsregeln kennen würde, etwa 43% der Eltern nahmen an, dass die Konzentrationsfähigkeit im Straßenverkehr von ihren Kindern für längere Zeit aufrechterhalten werden könnte. Im Laufe des 3. und 4. Schuljahres stieg die Einschätzung der theoretischen und praktischen Kenntnisse der Kinder durch die Eltern weiterhin kontinuierlich an. Bei allen Aspekten waren die Eltern der Kontrollklassen zuversichtlicher - damit zumindest teilweise aber auch realitätsferner - als die Eltern aus den Versuchsklassen.

Nahezu ein Drittel der Eltern schätzte am Ende des 2. Schuljahres die Fahrsicherheit des eigenen Kindes mit dem Fahrrad bereits als „*ziemlich sicher*“ ein. Im Kontrast dazu stand die Häufigkeit, mit der die Kinder Rad fuhren. Annähernd eines von zehn Kindern fuhr zum Befragungszeitpunkt (Spätsommer) nahezu mindestens jeden zweiten Tag in der Freizeit mit dem Rad. Selbst am Ende des 3. Schuljahres fuhr die Mehrheit der Kinder (44%) seltener als einmal im Monat mit dem Rad; nur wenige Kinder konnten allerdings laut Elternangabe zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht mit dem Rad fahren. Die Wahrnehmung des Verhaltens ihrer Kinder im Straßenverkehr war bei den Eltern der Versuchs- und der Kontrollklassen bei der Befragung am Ende des 4. Schuljahres als gleich anzusehen.

Kriminalitätsvorbeugung und Gewaltprävention

Mit zunehmender Projektdauer nahm die Kriminalitätsvorbeugung und Gewaltprävention größeren Raum in den Unterrichtsbeiträgen der Polizei ein. In neueren und ganzheitlichen Konzepten der Sicherheits- und Gesundheitserziehung haben beide Bereiche in den letzten Jahren generell an Bedeutung gewonnen, wenngleich nur wenige Erkenntnisse darüber vorliegen, wie sich das Sicherheitsdenken der Kinder in diesem Teilgebiet entwickelt (siehe auch Kapitel 5.3.4.1). Bereits mit der Kinderbefragung am Ende des 1. Schuljahres haben wir uns diesem Thema angenähert, indem den Kindern ein Bildmotiv gezeigt worden war, das sowohl eine eher harmlose Auslegung (z.B. als Gefährdung im Straßenverkehr) anbot, als auch die Interpretation einer möglichen Kindesentführung nahe legte. Hierbei zeigte sich, dass dieses Motiv von annähernd jedem zweiten Kind als eine solche Entführungssituation wahrgenommen wurde.

Im 3. und 4. Schuljahr standen die Gewaltprävention und das Konflikttraining im Mittelpunkt der polizeilichen Projektbeiträge. Hierbei galt es zum einen die Kriminalitäts- und Gewaltwahrnehmung von Kindern zu untersuchen, zum anderen sollten die Erfahrungen der Kinder als Opfer bzw. als Beobachter von Delinquenz erfasst werden. Die im Kontext der Diebstahlprävention erhobenen Daten verdeutlichten, dass viele Kinder in dieser Altersklasse bereits Opfer von Diebstahlsdelikten geworden waren: So gaben 44% der Kinder an, dass ihnen schon einmal etwas gestohlen und 37%, dass ihnen ein geliehener Gegenstand nicht zurückgegeben worden war. Lediglich 41% der Schüler verneinten beide Fragen. Auch wenn in der Regel materiell vergleichsweise weniger wertvolle Gegenstände

entwendet wurden, so ging es in einigen Fällen auch um höhere Sachbeträge, z.B. bei einem Fahrraddiebstahl. Nicht immer war der Täter bekannt, häufig wurde er aber unter Freunden oder Klassenkameraden vermutet. Nur in wenigen Fällen war die Polizei zur Aufklärung des Diebstahls eingeschaltet worden.

Die Evaluation der Beiträge zum Konflikttraining legt die Annahme nahe, dass die Schüler aus der Versuchsgruppe in den Unterrichtseinheiten Kompetenzen erworben haben, dank derer sie in Konfliktfällen in der Lage wären, das Voranschreiten von gewaltförmigen Auseinandersetzungen zu vermeiden. Die in den Unterrichtsreihen vermittelten Verhaltensstrategien wurden bei den Bildmotiven von den Schülern aus den Versuchsklassen sehr häufig aufgegriffen. Die von der Kontrollgruppe genannten Verhaltensweisen hätten im Ernstfall vermutlich seltener zu einer gewaltfreien Konfliktlösung geführt. Gerade beim Vergleich der Jungen aus Versuchs- und Kontrollgruppe nannten die Jungen aus den Versuchsklassen wesentlich häufiger eine gewaltvermeidende Verhaltensalternative. Bei der Langzeitevaluation dieser Maßnahmen am Ende des 4. Schuljahres zeigte sich, dass die Schüler aus den Versuchsklassen in den geschilderten Beispiel-Konflikt-Situationen wesentlich seltener zu einem Fortschreiten der Gewaltspirale beitragen würden als die Schüler aus den Kontrollklassen.

Auf die fiktive Situation einer Schutzgeld-Forderung hätten lediglich drei Schüler das geforderte Geld gezahlt, zwei weitere hätten versucht, den Konflikt gewaltsam zu lösen. Die Mehrzahl der Kinder würde sich weigern, das Geld zu zahlen und stattdessen eine erwachsene Vertrauensperson um Unterstützung bitten.

Die Evaluation der vertiefenden Unterrichtbeiträge des 4. Schuljahres bestätigte die höhere Sensibilisierung im Gewaltverständnis der Kinder. Der Gewaltbegriff konnte in den Versuchsklassen erfolgreich auf Formen der Sachbeschädigung ausgedehnt werden, während diese neben Diebstahlsdelikten von der Kontrollgruppe eher selten als Gewalttätigkeit bezeichnet wurden.

Evident dürfte sein, dass Gewalt- und Konflikterfahrungen im Kindesalltag weit verbreitet sind und dass gerade jüngere Kinder noch nicht ausreichend Kompetenzen zu ihrer Bewältigung erworben haben. Die Ergebnisse des Konflikttrainings und des Gewaltpräventionsprogramms im 3. und 4. Schuljahr haben gezeigt, dass die Schüler durchaus in der Lage sind, derartige Kompetenzen zu erwerben und zumindest im Gedankenexperiment anzuwenden. Geschlechtsspezifische und soziale Faktoren sind dabei besonders zu berücksichtigen. Die Einführung in das Autogene Training bot eine Ergänzung dieser Maßnahmen, da Entspannungstechniken für viele Schüler eine Entlastungsstrategie mit vielfachen Anwendungsbereichen darstellen können.

Ergebnisse der Elternbefragung zu Gewalterfahrungen und -prävention

Auf die Frage, welche gesellschaftlichen Gruppen Einfluss auf das Entstehen bzw. auf die Verhinderung von Kinderkriminalität haben, wurde von einem Großteil der Eltern dem Freundeskreis der Schüler die stärkste Wirkung auf das Entstehen von Kriminalität zugeschrieben. Dagegen besitzt das Elternhaus in den Augen der Eltern den größten Einfluss, wenn es darum geht, Kinderkriminalität zu verhindern. Von den

anderen Institutionen wurde den Sportvereinen eine große Wirkung zugeschrieben. Die Einschätzung der Wirksamkeit von schulischen und polizeilichen Erziehungsmaßnahmen war sehr unterschiedlich: Über die Hälfte der Eltern glaubte an einen starken Einfluss derartiger Erziehungsprogramme, ca. ein Drittel erwartete dagegen davon nur eine geringe Wirkung auf das Verhalten ihrer Kinder.

Am Ende des 1. Schuljahres wurden die Eltern gebeten, mehrere Situationen hinsichtlich der Schwere problematischen Verhaltens zu bewerten. Hierbei wurden die meisten geschilderten Situationen von der Mehrzahl der Eltern als „*sehr schlimmes*“ oder „*ziemlich schlimmes*“ Verhalten eingestuft. Lediglich das Herstellen von Raubkopien, das so genannte „Schwarzfahren“ und das Einbehalten von Wechselgeld wurden als „*weniger schlimm*“ angesehen. Sehr negativ wurde das Rauchen im Kindesalter beurteilt. Es wurde stärker abgelehnt als Diebstahldelikte (Kaufhausdiebstahl) oder Vandalismus/Sachbeschädigung (Graffiti sprays).

Mit den Befragungen am Ende des 3. und 4. Schuljahres wurde erfragt, wie oft die Kinder im zurückliegenden Schuljahr Opfer von gewaltförmigen Auseinandersetzungen geworden waren. Hierbei zeigte sich, dass nahezu jedes vierte Kind im Laufe des 3. Schuljahres mindestens einmal an einer körperlichen Auseinandersetzung beteiligt war. Dabei waren Jungen wesentlich häufiger in Konflikte verwickelt als Mädchen. 18% der Eltern bestätigten darüber hinaus, dass ihr Kind im Laufe des 3. Schuljahres auf dem Schulweg von anderen Kindern bedroht worden war. Auch hiervon waren die Jungen häufiger betroffen als die Mädchen. Am Ende des 4. Schuljahres wurde an allen Schulen weitgehend einheitlich, sowohl bei den körperlichen Auseinandersetzungen im Allgemeinen wie auch bei den Konflikten auf dem Schulweg im Speziellen, ein deutlicher Rückgang beschrieben.

9.6.2.2 Beiträge der Feuerwehr EN

Das vierjährige Programm der Feuerwehr EN war dadurch gekennzeichnet, dass es mehr als andere Projektbeiträge aufeinander aufbaute und die vorhergehenden Inhalte intensiv wiederholte.

Zu Beginn des 1. Schuljahres zeigten sich bei den Fragen/Bildaufgaben zum sicheren Umgang mit Zündmitteln und Feuer noch keine Unterschiede zwischen den Schülern aus Versuchs- und Kontrollklassen. Bedeutsamer für die Gefahrenkognition war die Unterscheidung, ob den Kindern im Elternhaus ein aktiver (kontrollierter) Umgang mit Feuer ermöglicht wurde. Die eine Gruppe, die bereits einen aktiven, zumeist durch die Eltern kontrollierten Umgang mit dem Feuer erfahren hatte, erzielte ein besseres Ergebnis, da sie Gefahrenmomente genau benennen konnte und ein höheres Wissen über die Entflammbarkeit verschiedener Materialien besaß. Die anderen Kinder (bisher kein aktiver Umgang mit dem Feuer) äußerten zwar im Allgemeinen einen großen Respekt vor dem Feuer und seinen Gefahren, konnten diese aber weniger genau benennen.

Mit den Unterrichtseinheiten der Feuerwehr zum Absetzen eines Notrufs konnte die Kenntnis der Notrufnummern ab dem 1. Schuljahr deutlich gesteigert werden. Auf diesem Gebiet überschätzten die Eltern das Wissen ihrer Kinder sehr stark: So nahmen bereits zu Beginn des 1. Schuljahres die Hälfte und am Ende der 1. Klasse

sogar $\frac{3}{4}$ der Eltern an, dass ihr Kind im Brandfall selbständig die Feuerwehr benachrichtigen könnte, was bei 20% der Kinder (aus den Kontrollklassen) noch am Ende des 4. Schuljahres u.a. an der fehlenden Kenntnis der Notrufnummern scheitern würde.

Die Auswertung der Unterrichtseinheiten zum sicheren Umgang mit Zündmitteln im Anschluss an das 2. Schuljahr konnte eine Verbesserung des Brandschutzwissens der Schüler aus den Versuchsklassen nachweisen. Ebenso zeigten die Schüler aus der Versuchsgruppe am Ende des 3. Schuljahres bei den Aufgaben zum sicheren Umgang mit Zündmitteln und zu brennbaren/nicht brennbaren Stoffen ein höheres Wissen. Erwähnenswert ist auch, dass in der Kontrollgruppe nahezu ein Fünftel der Kinder nicht wusste, dass Haare oder Styropor (als Beispiel für im Alltag gebräuchliche Kunststoffe) zu den schnellentflammenden Materialien gehören. Der Kenntnisstand in den Versuchsklassen lag dagegen in beiden Fällen bei ca. 95%.

Mit der Evaluation der Gesamtreihe am Ende des 4. Schuljahres konnte das höhere Brandschutzwissen der Schüler aus den Versuchsklassen für die verschiedenen Einzelaspekte nachgewiesen werden. Signifikant höher war ihr Wissen zu den Fragen/Aufgaben über

- brennbare und nicht brennbare Stoffe,
- das sichere Verhalten im Brandfall
- und das Absetzen eines Notrufs/Kennntnis der Notrufnummern.

(Nicht signifikant aber zumindest deskriptiv mehr Punkte erzielten sie auch bei den anderen beiden Themenfeldern „Sicherer Umgang mit Zündmitteln“ und „Aufgaben der Feuerwehr“.)

Am Ende des 4. Schuljahres antworteten mehr Eltern der Versuchs- gegenüber denen der Kontrollgruppe, dass ihr Kind bei einem Wohnungsbrand selbständig die Feuerwehr benachrichtigen könnte; auch diese Einschätzung der Eltern deutet auf eine Wirksamkeit der entsprechenden Unterrichtseinheiten hin.

Brandschutzerziehung im Elternhaus

Wohnungsbrände und Unfallgefahren im Zusammenhang mit Feuer werden von den Eltern als eine große Bedrohung eingestuft, was man daran erkennen kann, dass Brandschutzvorkehrungen in der Wohnung weit verbreitet waren und diesem Thema in der Erziehung der Eltern ein großer Stellenwert beigemessen wurde. Dabei verortet sich die Brandschutzerziehung der Eltern zwischen den beiden Positionen einer Verbotsorientierung und einem eher erfahrungsbezogenen Ansatz. Dieses erfahrungsbezogene Vorgehen ermöglicht den Kindern einen kontrollierten Umgang mit Feuer, womit diese einerseits notwendige Kompetenzen mit Zündmitteln und Feuer erwerben können und wodurch andererseits die Neugier des Verbotenen reduziert wird, sodass heimliches Zündeln möglicherweise vermieden werden kann. Auf eine entsprechende Frage am Ende des 3. Schuljahres sagte jedes vierte Kind, dass es schon einmal ein anderes Kind beim Spielen mit Feuer beobachtet habe, zwei weitere Kinder gaben an, selbst schon heimlich „gezündelt“ zu haben. Generell wurde dieses Verhalten jedoch von fast allen Kindern abgelehnt. Generell schätzten die meisten Eltern (80%) die Gefahr, dass ihre Kinder heimlich mit Zündmitteln spielen, aber nur als „gering“ bzw. „sehr gering“ ein.

Etwa die Hälfte der Kinder war zum Einschulungszeitpunkt mit Themen des Brandschutzes konfrontiert worden, da bereits im Kindergarten Brandschutzübungen durchgeführt worden waren oder aber die Eltern mit ihren Kindern über das „richtige“ Verhalten im Brandfall gesprochen hatten.

Mit zunehmendem Alter des Kindes stieg der Anteil der Eltern, der den Kindern einen aktiven Zugang zu Feuer und Zündmitteln erlaubte. Etwa die Hälfte der Eltern vertrat am Ende des 2. Schuljahres einen solchen erfahrungsbezogenen Umgang mit Feuer und Zündmitteln, etwa 20% orientierten sich eher an Verboten, während ein Drittel keiner dieser beiden Muster eindeutig zuzuordnen war. Die verbotsorientierten Eltern befürchteten signifikant häufiger, dass ihr Kind heimlich mit Zündmitteln spielen würde, als Eltern, die einen aktiven Umgang befürworteten. Am Ende des 3. Schuljahres durften 2/3 der Kinder bei Anwesenheit der Eltern ein Feuer anzünden, vereinzelt durften die Kinder dies sogar auch dann, wenn ihre Eltern nicht im Raum waren. Die Kinder, denen ein solcher Zugang zu Feuer ermöglicht wurde, zeigten bei den Aufgaben der Kinderbefragungen regelmäßig ein höheres Brandschutzwissen.

9.6.2.3 Beiträge der AVU

Die Unterrichtsbeiträge seitens der AVU fanden im 1. und 3. Schuljahr zu den Themenbereichen „Wasser“⁹⁰⁰ und „Strom“ statt. Die für das 4. Schuljahr geplante Einheit zum Thema „Gas“ konnte aus zeitlichen Gründen nicht realisiert werden.

Bei den verschiedenen Aufgaben aus dem Bereich „Unfälle im Zusammenhang mit Strom“ im Anschluss des 3. Schuljahres erzielten die Versuchsklassen deutlich mehr Punkte. Besonders auffällig war, dass die Kinder aus der Kontrollklasse wesentlich häufiger völlig falsche Antworten gaben. Hierbei waren die Schüler aus der Kontrollgruppe doppelt so oft, bei einigen Bildmotiven dreimal so oft vertreten. Gerade Kinder, die die Gefahren im Zusammenhang mit Strom vollkommen falsch einschätzen, dürften im Alltag wesentlich stärker gefährdet sein als Kinder, die die Gefahren zumindest erahnen, nicht aber genau identifizieren oder benennen können.

Mit der Befragung am Ende des 4. Schuljahres konnte in der Versuchsgruppe zu den in weiten Teilen gleichen Bildaufgaben kein höheres Wissen mehr gemessen werden. Während das Ergebnis für die Kontrollgruppen in etwa gleich blieb, hatte sich das Antwortniveau der Versuchsklassen wieder verringert, d.h. die Schüler hatten Teile des Gelernten wieder vergessen. Dabei muss ergänzend angemerkt werden, dass die Unterrichtseinheiten der AVU zum Strom bereits am Anfang des 3. Schuljahres stattfanden, also bis zur Abschlussuntersuchung bereits fast zwei komplette Schuljahre zurücklagen. Dennoch schätzten die Eltern der Versuchsklassen am Ende des 4. Schuljahres ihre Kinder hinsichtlich der Gefahren, die im Umgang mit Strom entstehen können, noch für kompetenter ein als die Eltern der Kontrollgruppe ihre Kinder.

⁹⁰⁰ Bei der Bildaufgabe im Rahmen der Umwelterziehung, mit der die Einheit „Kreislauf des Wassers“ evaluiert wurde, war das Antwortniveau bei den Kindern der Versuchsklassen signifikant höher als bei den Kindern der Kontrollklassen. Die Auswertung zu dieser Frage ist in der vorliegenden Ergebnisauswahl im Kontext der Sicherheits- und Gesundheitserziehung nicht enthalten.

9.6.2.4 Beiträge der AOK

Die Schwerpunkte der Unterrichtsbeiträge der AOK lagen auf dem Gebiet der Kinderrückenschule, der Ernährungsberatung (für Kinder und Eltern) und im 4. Schuljahr auf der Einführung in das Autogenen Training.

Bei dem so genannten „*Schulranzen-TÜV*“, als ein Bestandteil der Kinderrückenschule, konnte sowohl ein kurz- wie auch ein langfristiger Erfolg nachgewiesen werden. Das durchschnittliche Gewicht der Schultaschen lag an allen drei Erhebungszeitpunkten in den Versuchsklassen deutlich unter dem der Kontrollklassen. Der Unterschied betrug im Durchschnitt bis zu 1kg pro Schultasche, wobei gerade die gesundheitsschädlichen Extremwerte (im 4. Schuljahr wurde bei jedem fünften Schüler der Kontrollklassen ein Schultaschengewicht von mehr als 6 kg gemessen) in den Versuchsklassen vermieden wurden.

Bei der Auswertung der Unterrichtsreihe zu der Kinderrückenschule „*Felix Fit*“ zeigte sich bei allen sechs Bildmotiven zur Rückenschule ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe. Mehr als $\frac{3}{4}$ aller Versuchskinder konnte alle sechs Aufgaben richtig lösen, in den Kontrollklassen gelang dies weniger als der Hälfte der Schüler. Dieses Ergebnis konnte mit der Kinderbefragung am Ende des 4. Schuljahres wiederholt werden, sodass auch hier ein Langzeiteffekt der durchgeführten Unterrichtsstunden nachweisbar war.

Die Maßnahmen zur Ernährungsberatung zeigten in den ersten beiden Schuljahren keine messbaren Erfolge. Die Antworten zwischen den Kindern aus den Versuchsklassen unterschieden sich nicht von denen aus den Kontrollklassen, wenngleich zu berücksichtigen war, dass bei diesen ersten Untersuchungen das Wissen aller Kinder zu den abgefragten Inhalten sehr hoch war, sodass evtl. die Test-Aufgaben zu einfach gestellt waren.

Anzeichen für einen Erfolg der Maßnahmen waren erstmals mit der Untersuchung am Ende des 3. Schuljahres zu beobachten: Zum einen zumindest teilweise im Ernährungsverhalten, zum anderen im theoretischen Wissen über gesunde Ernährung: Die Schüler aus den Versuchsklassen frühstückten zwar nicht unbedingt explizit „gesund“, vermieden aber zumindest öfter ein „ungesundes“ Frühstück. Auch hinsichtlich des Pausenbrots zeigte sich ein positiver Effekt in der Versuchsgruppe, insofern, als sich hier der Anteil der Kinder, die Obst oder Gemüse mit in die Schule nahmen, nahezu verdoppelt hatte. Auf die gleiche Frage zum Einschulungszeitpunkt hatte sich noch kein Unterschied in den Ernährungsgewohnheiten („Schulfrühstück“) zu den Kontrollklassen, deren Angaben weitgehend unverändert blieben, gezeigt. Diese deskriptiv beobachtbaren Differenzen verfehlten allerdings jeweils die statistische Signifikanz.

Bei den Fragen zum Wissen über gesunde Ernährung zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Versuchsklassen, die die Differenzen zu der Kontrollgruppe teilweise noch überstiegen. Während die Schüler der Versuchsschule 1 ein sehr hohes Wissen zum Ausdruck brachten, war dies in der Versuchsklasse der Versuchsschule 2 teilweise niedriger als das der beiden Kontrollschulen in B-Stadt. Diese Unterschiede können auf das unterschiedliche Einzugsgebiet der Schulen und den damit verbundenen, verschiedenen sozialen Milieus zurückgeführt werden.

Sowohl im 3. als auch im 4. Schuljahr konnten alle Kinder aus der Versuchsgruppe das in der Kochpraxis zubereitete Gericht benennen, ebenso konnten sie mehr Speisen/Gerichte aufzählen, die man mit Obst und/oder Gemüse zubereiten kann als die Schüler aus der Kontrollgruppe, wobei immerhin noch ca. 10% der Kinder aus den Versuchsklassen Schwächen bei der Unterscheidung zwischen Obst- und Gemüsesorten zeigten. Darüber hinaus gab die Versuchsgruppe bei geschlossenen Fragen zur gesunden Ernährung häufiger richtige Antworten als die Kontrollgruppe. Bei den beiden offenen Fragen nach der Bedeutung von gesunder Ernährung für die Gesundheit des Menschen ergaben sich dagegen keine Unterschiede.

Ernährungsvorstellungen der Eltern

Die Elternarbeit zur Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten im Elternhaus stellte einen weiteren Schwerpunkt der Maßnahmen der AOK dar. Hierbei zeigte sich vorab aller empirisch erhobenen Daten, dass die Nachfrage an den Kochveranstaltungen an der Versuchsschule 1 sehr groß war, während an der Versuchsschule 2 die Kochabende mangels Interesse der Eltern ausfallen mussten.

Bei den Einstellungsfragen gegenüber gesunder Ernährung vom Ende des 1. Schuljahres erhielt die Aussage *„Ich beachte bestimmte Regeln, sehe das insgesamt aber locker“* von den befragten Eltern die stärkste Zustimmung. Dieses Item stand in negativer Korrelation zu der Aussage *„Ich lebe sehr gesundheitsbewusst und richte meine Ernährung und Lebensweise danach aus“*, der 28% der Eltern zustimmten. Nur 15% der Eltern sagten: *„Ich lebe, wie es mir Spaß macht, auch wenn es teilweise nicht unbedingt gesund ist“*. Die Eltern aus den Versuchsklassen beklagten am Ende des 1. Schuljahres doppelt so häufig (31%), dass ihnen das notwendige Wissen über die *richtige* Ernährung fehle, als die Eltern aus den Kontrollklassen (16%).

Bei den Einstellungsfragen vom Ende des 2. Schuljahres erhielten die Aussagen, die mit einer gesunden Ernährungsweise in Verbindung gebracht werden konnten, die größte Zustimmung. So sagten 95% der Eltern, *„dass ihr Kind „täglich etwas Gemüse, Salat oder Rohkost“, sowie „Milch/Joghurt“ zu sich nimmt*. Über 70% der Eltern gaben an, auf eine *„fettarme Zubereitung der Speisen“* zu achten, den *„Kauf von Vollkornprodukten“* zu bevorzugen und *„beim Kochen hauptsächlich pflanzliche Fette“* zu verwenden. Die Aussagen mit ernährungsphysiologisch eher ungünstigen Verhaltensweisen fanden dementsprechend eine geringere Zustimmung. Aber immerhin 9% der Eltern gaben an, *„dass beim Kochen hauptsächlich tierische Fette verwendet werden“* und 8% der Eltern gaben ihrem Kind morgens Geld mit, damit es *„sich auf dem Schulweg etwas zum Essen kaufen“* konnte. Lediglich bei diesem letzten Item zeigten sich Unterschiede zwischen den Versuchsklassen und den Kontrollklassen, wobei diese Aussage von den Eltern der Versuchsklasse der Versuchsschule 1 wesentlich häufiger abgelehnt wurde.

Die Beurteilung der im Laufe des 3. und 4. Schuljahres mit den Eltern der Versuchsklassen durchgeführten Kochabende war von den Teilnehmern durchweg positiv. Lediglich einzelne Eltern lehnten am Ende des 3. Schuljahres weitere Kochveranstaltungen ab, während diese von der Mehrheit begrüßt wurden. Positiv bewertet wurde, dass auf den Kochabenden gezeigt wurde, wie man zugleich gesund, abwechslungsreich und preisgünstig kochen kann. Nach der im 4. Schuljahr

gemeinsam mit den Kindern durchgeführten Kochpraxis stieg die Bewertung der Veranstaltungen nochmals an.

Bei den beiden Fragen zu den Ernährungsvorstellungen der Kinder zeigte sich, dass die Eltern der Versuchsklassen ihren Kindern bei beiden Fragen ein höheres Ernährungsbewusstsein zuschrieben als die Eltern der Kontrollgruppe.

Selbstentspannung

Mit dem Autogenen Training wurden die Schüler der Versuchsgruppe im 4. Schuljahr in eine Selbstentspannungstechnik eingeführt. Etwa 1/5 der Eltern und Kinder führten zu Hause zumindest unregelmäßig Entspannungsübungen durch, wobei die regelmäßige Anwendung bei 3% der Kinder und 5% der Eltern eher eine Ausnahme darstellte. Dabei gab es keine Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe. Generell schrieben die Eltern den Entspannungstechniken mehrheitlich verschiedene positive Wirkungen zu.

Ein Großteil der Schüler (ca. 80%) konnte auf die Frage, ob sie eine Möglichkeit kennen, wie sie sich bei Stress (der Begriff wurde nicht verwendet, sondern umschrieben) beruhigen können, eine entsprechende Verhaltensstrategie nennen. Hierbei zeigten sich keine Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe. Die Kinder aus der Kontrollgruppe nannten zumeist unsystematische Entlastungsstrategien (sich ablenken, Sport treiben, Musik hören, ...). Der Begriff „Entspannung“ wurde von jedem zweiten Schüler der Versuchsgruppe genannt (in der Kontrollgruppe 10%), etwa ein Drittel der Kinder aus der Versuchsgruppe antwortete, dass sie bei Stress die im Rahmen des Autogenen Trainings für Kinder erlernten Merksätze aufsagen würden. Dieses Ergebnis legt den Schluss nahe, dass die Kinder mit dem Autogenen Training eine Alternative zur Stressbewältigung erfahren haben, die in der Versuchsgruppe bestehende, unsystematische Stress-Bewältigungsstrategien abgelöst oder ergänzt hat. Kinder, die bislang keine Strategie (bewusst) angewandt haben, setzten dann allerdings auch das Autogene Training (eher) nicht ein.

9.6.2.5 Beiträge der VER

Die Verkehrsgesellschaft Ennepe-Ruhr (VER) führte im 2. und 4. Schuljahr zwei Unterrichtsreihen im Rahmen der so genannten „Bus-Schule“ durch. Bei den jeweils anschließenden Kinderbefragungen zeigten sich deutliche Unterschiede im Sicherheits- und Gefahrenwissen bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel zwischen den Schülern der Versuchs- und der Kontrollgruppen. Bei der Befragung am Ende des 3. Schuljahres hatten sich die Unterschiede zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe abgeschwächt. Vermutlich war der durch die Unterrichtsstunden im 2. Schuljahr bewirkte Wissensvorsprung der Versuchsgruppe durch alltagsweltliche Erfahrungen und die allgemeine Entwicklung im Sicherheitsbewusstsein bei den Kontrollklassenkindern ausgeglichen worden. Nach den neuerlichen Unterrichtsstunden im 4. Schuljahr erzielte die Versuchsgruppe dann wieder ein deutlich besseres Ergebnis als alle anderen Teilstichproben und zeigte ein höheres Gefahrenwissen bei den Fragen und Bildaufgaben zu den

Gefahrenmomenten beim Warten an der Haltestelle, beim Ein- und Aussteigen in den Bus und bei der Fahrt mit dem Bus.

Über den gesamten Grundschulzeitraum hinweg legten durchschnittlich 8% der Kinder ihren Schulweg mit dem Schulbus zurück. Dieser Anteil war an der Kontrollschule 1 am höchsten. Etwa 15% der Eltern nutzten die öffentlichen Verkehrsangebote mindestens einmal in der Woche, während die Mehrzahl (ca. 3/4 der befragten Eltern) nie oder seltener als einmal im Monat mit Bus und Bahn fuhren. Die Angaben zur Nutzungshäufigkeit der Kinder waren vergleichbar.

In Tabelle 9.15 sind die Wirkungen der durchgeführten Unterrichtseinheiten zusammengefasst. Die Tabelle kann anhand der Komplexität der durchgeführten Maßnahmen nur einen groben Überblick geben. Dargestellt wurden immer nur Ergebnisse der sich jeweils anschließenden Kinderbefragung, in einigen Fällen wurde die Langzeitwirkung auch in den folgenden Schuljahren untersucht. Diese zusätzliche Dimension lässt sich in der Tabelle nicht wiedergeben.

Tabelle 9.15: Effekte der durchgeführten Unterrichtseinheiten

	Polizei	AOK	Feuerwehr	AVU	VER
1. Schuljahr	Verkehrserziehung*	Schulranzen-TÜV** Ernährung	Grundlagen des Brandschutzes Notrufnummern**	Wasser ⁹⁰¹	-
2. Schuljahr	Verkehrserziehung Diebstahlprävention	Kochpraxis und Ernährungswissen	Sicherer Umgang mit Zündmitteln**	-	Bus-Schule*
3. Schuljahr	Gewaltprävention**	Rückenschule** Kochpraxis und Ernährungswissen	Wissen über Feuer, Gefahren des Feuers**	Strom**	-
4. Schuljahr	Gewaltprävention*	Kochpraxis und Ernährungswissen Autogenes Training**	Vorbeugender Brandschutz** Notruf*	-	Bus-Schule**

Erläuterung:

* Die Ergebnisse der Versuchsgruppe sind auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ (einseitig) hochwertiger als die der Kontrollgruppe.

** Die Ergebnisse der Versuchsgruppe sind auf einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,01$ (einseitig) hochwertiger als die der Kontrollgruppe.

9.6.3 Bilanz

Die Ergebnisse unserer Evaluationsstudie belegen, dass der von den beteiligten außerschulischen Institutionen durchgeführte Unterricht einen wichtigen Beitrag zur Vergrößerung des Gefahren- und Gesundheitswissens und zum Aufbau von

⁹⁰¹ Inhalte aus der Umwelterziehung und damit für die vorliegende Ausarbeitung nicht relevant.

sicherheits- und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Grundschulkindern von der ersten bis zur vierten Klassenstufe leisten konnte. Allerdings waren die verschiedenen Programme, sowohl in der kurzfristigen wie auch in der langfristigen Wirksamkeit, unterschiedlich erfolgreich. Einige Unterrichtsprogramme konnten ihren Erfolg im laufenden Schuljahr nachweisen, es stellte sich aber kein langfristiger Erfolg ein - die Inhalte wurden bis zum Ende des vierten Schuljahres wieder „vergessen“. Bei anderen Unterrichtseinheiten ließ sich ein langfristiger Erfolg nachweisen. Wobei zu berücksichtigen ist, dass die Kinder aus den Kontrollklassen durch ihre allgemeine Entwicklung und durch alltagsweltliche Erfahrungen ihrerseits entsprechende Kompetenzen und Kenntnisse erwerben, sodass die Inhalte nicht nur „vergessen“ werden, sondern die Unterschiede auch durch einen Kompetenzzuwachs in den Kontrollgruppen allmählich ausgeglichen wurden.

Zur Erklärung für die unterschiedliche Wirksamkeit einzelner Maßnahmen erscheinen die folgenden Faktoren plausibel. Die eingesetzten Unterrichtsbausteine unterschieden sich hinsichtlich:

- dem zeitlichem Umfang,
- der zeitlichen Distanz zum jeweiligen Befragungszeitpunkt,
- dem inhaltlichen Bezug zueinander (manche Unterrichtseinheiten ergänzten einander, andere behandelten eher „isolierte“ Themen),
- den Lernorten (im Klassenraum oder außerschulische Lernorte),
- der Exklusivität der Inhalte (die Kinder aus den Kontrollklassen erwerben im Unterricht oder im außerschulischen Alltag zu den verschiedenen Inhalten unterschiedlich viel Wissen und Kompetenzen),
- der methodisch-didaktischen Qualität der Beiträge,
- der „Nachbereitung“ der Inhalte durch die Klassenlehrer und
- der „Nähe“ bei der Wirkungs-Messung (konkrete oder abstrakte Ziele).

Der in unserer Studie festgestellte Unterrichtserfolg war immer nur „spezifisch“, d.h. auf die jeweiligen Unterrichtsziele und -inhalte bezogen. Eine Transferleistung auf andere - im Unterricht nicht thematisierte - Gefahren- und Gesundheitsbereiche war nicht zu beobachten gewesen. Die Gefahrenwahrnehmung in nicht behandelten Gefahrenbereichen war in den Versuchsgruppen nicht höher als in den Kontrollgruppen. Eine solche Transferleistung scheint stärker durch den individuellen kognitiven Entwicklungsstand der Kinder beeinflusst zu werden als durch den zusätzlichen Unterricht in der Schule: In der Grundschulzeit können Kinder häufig noch nicht abstrakt denken, ihre Denkprozesse sind noch „konkret“. Das bedeutet, dass sie noch nicht in der Lage sind, ihr Wissen auf andere - noch nicht bekannte - Situationen zu übertragen. Sie können nur mit den ihnen bekannten „konkreten“ Situationen umgehen. Transferleistungen sind deshalb im Grundschulalter von der Mehrzahl der Kinder eher nicht zu erwarten (vgl. Kapitel 3.2; 4.3.2).

Des Weiteren war in den primären Kontrollklassen, die jährlich befragt wurden, keine Wirkung auf Grund der wiederholten Befragungen und der damit verbundenen Auseinandersetzung mit sicherheits- und gesundheitsrelevanten Fragestellungen zu beobachten gewesen. Die Ergebnisse der Abschlussbefragung zeigten in dieser Hinsicht keinen Unterschied gegenüber jenen Klassen, die nur einmalig am Ende des Projektes befragt wurden. Da aber selbst in den Versuchsgruppen das allgemeine Sicherheits- und Gesundheitsbewusstsein, losgelöst von den speziellen

Themen, nicht nachhaltig gesteigert werden konnte, war ein solcher Effekt durch die Befragungen alleine auch nicht zu erwarten.

Ein Problem unserer Evaluationsstudie war die geringe Einbeziehung von verhaltensorientierten Lernzielen, wie es etwa beim Schulranzen-TÜV, Schulfrühstück oder bei der Erhebung von Kinderunfällen geschah. Diese verhaltensorientierten Lernziele sind beispielsweise bei der Verkehrserziehung von großer Bedeutung. Ob sie erreicht wurden, hätten wir nur mit einer Verhaltensbeobachtung aller Versuchs- und Kontrollkinder im realen Straßenverkehr feststellen können. Eine Verhaltensbeobachtung dieser Art ist sehr arbeits- und kostenintensiv und war mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen nur in einem geringen Umfang zu leisten.

Insgesamt betrachtet zeigen unsere Ergebnisse deutlich, dass die Öffnung der Schulen für Kooperationen mit außerschulischen Institutionen pädagogisch und didaktisch sinnvoll ist und einen wichtigen Beitrag zur Erziehung und Bildung von Grundschulkindern vom 1. bis zum 4. Schuljahr leisten kann. Wichtig ist dabei, dass die außerschulischen Unterrichtsansätze didaktisch fundiert und mit den schulischen Lehrplänen abgestimmt sind. Eine über den Erlebnisscharakter hinausgehende Verknüpfung und Integration in den Schulalltag ist notwendig, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Weitgehend unberücksichtigt blieb bei den durchgeführten Unterrichtseinheiten eine zielgruppenspezifische Aufarbeitung der Inhalte. Dies wurde auch aus forschungsmethodischen Gründen so gehandhabt, da ansonsten keine gemeinsame Beurteilung der Inhalte in beiden Versuchsklassen möglich gewesen wäre. Weitgehend unumstritten ist jedoch, dass verschiedene soziale Milieus unterschiedliche Präventionszugänge benötigen (vgl. Kapitel 7.5).

Wie die Bilanz verdeutlicht, lassen sich dem Projekt *„Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“* durchaus zahlreiche Präventionserfolge nachweisen, dennoch blieben an manchen Stellen auch erhoffte Effekte aus. In dem folgenden Kapitel 10 soll daher das Gesamtprojekt einschließlich der begleitenden Evaluationsstudie mit Qualitätskriterien bewertet werden. In einem letzten Kapitel widmet sich diese Arbeit somit der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung.

10 Qualitätssicherung⁹⁰² in der Gesundheitsförderung

10.1 Überblick über die aktuelle Diskussion

„Gesundheit“ und „Qualitätssicherung“ sind zwei Themenbereiche, die gegenwärtig in wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskursen Konjunktur haben. Gesundheit wird dabei nicht mehr nur als individuelles Gut angesehen, sondern nimmt in Zeiten einer globalisierten Weltwirtschaft zunehmend den Rang einer volkswirtschaftlichen Ressource ein. Auch die Ursprünge der staatlichen Gesundheitsfürsorge lassen sich auf bevölkerungspolitische Interessen v.a. der Industrie und des Militärs zurückführen (vgl. Kapitel 7.2.1). Seinerzeit wurde ein bedenklicher Gesundheitszustand bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Nachteil für die wirtschaftliche und militärische Leistungsfähigkeit der Bevölkerung angesehen. Gegenwärtig wird die volkswirtschaftliche Belastung in den hohen Kosten gesehen, die häufig erkrankte oder sogar chronisch kranke Personen für das Gesundheits- und Versorgungssystem bedeuten. Die Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter dient somit auch der Vermeidung kostenverursachender Erkrankung in späteren Lebensphasen.⁹⁰³

Im Zuge dieser Entwicklung, in der Gesundheit nicht mehr nur eine individuelle, sondern eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung beigemessen wird, rückt auch die Frage nach Qualitätsstandards im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt. Die beiden Themenfelder „Gesundheit“ und „Qualitätssicherung“ sind somit zu modernen, erziehungswissenschaftlichen Kernthemen geworden. Zum einen, weil Gesundheitsförderung primärpräventiv begriffen wird und in den Familien wie in den staatlichen Einrichtungen der schulischen und vorschulischen Erziehung Potenziale für die Anhebung des Gesundheitszustandes gesehen werden, zum anderen, weil Qualitätssicherung immer einen Zustand zwischen IST und SOLL beschreibt, für dessen Annäherung in sozialen Räumen und Kontexten immer auch pädagogische Prozesse notwendig sind.

Wenn es um die Fülle der schulischen Aufgaben geht, konkurrieren zwei entgegengesetzte Richtungen: Zum einen jene bildungspolitischen Fraktionen, die die Schule mehr und mehr als einen *Reparaturbetrieb der Gesellschaft* entdecken und daher deren Aufgabenbereich immer mehr vergrößern und dabei neben der Gesundheitsförderung etwa auch die Integration verschiedenster gesellschaftlicher Gruppen, die Förderung demokratischer Tugenden oder den Erwerb der jeweils aktuell von den Wirtschaftsunternehmen nachgefragten Kompetenzen einfordern. Dem gegenüber steht die Forderung, dass Schule sich zunächst auf ihr „Kerngeschäft“ konzentrieren solle, als welches die Unterrichtung des Fächerkanons angesehen wird. Beide Richtungen bringen zum Ausdruck, dass die zu vermittelnden Inhalte wachsen, die zur Verfügung stehende Zeit beschränkt ist und die

⁹⁰² Unter Qualitätssicherung wird „[...] die laufende Beurteilung und Prozesskontrolle auf Basis gesicherter oder konsensorientierter Kriterien bezeichnet.“ Schwartz (u.a.): Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 1170.

⁹⁰³ Dies ist natürlich keinesfalls das einzige Motiv, da es in diesem Kapitel aber um die Ökonomie der Gesundheitsförderung geht, wird es an dieser Stelle gegenüber idealistischen und humanistischen Motiven bevorzugt erwähnt.

Anforderungen an Schüler und Lehrer damit gestiegen sind. Daher rückt automatisch die Frage nach der Effizienz und Effektivität von Unterricht in den Mittelpunkt, welche zwei wesentliche Kriterien der Qualitätssicherung darstellen.

Auch wegen der Vielzahl an durchgeführten Gesundheitsförderungsprogrammen (Beispiele werden in Kapitel 5 und 8 genannt) - und die mit ihnen aufgewendeten finanziellen und personellen Ressourcen - liegt die Frage nahe, welche dieser Maßnahmen besonders wirksam, effektiv bzw. effizient sind. Mit diesen Attributen wird ein jeweils anderes Verständnis von Erfolgs-Messung assoziiert: Der Begriff „*Effektivität*“ bezieht sich darauf, inwieweit die mit einem Präventionsprogramm verbundenen Ziele erreicht werden, während unter dem Begriff „*Effizienz*“ noch zusätzlich die dabei eingesetzten Kosten berücksichtigt werden.⁹⁰⁴

In der schulischen Gesundheitsförderung wird die Maßnahmenqualität bislang noch selten thematisiert. Mittag (2006) kommt zu dem Schluss, dass viele der im deutschsprachigen Raum angebotenen Maßnahmen und Präventionsprogramme *„[...] nur unzureichend im Hinblick auf ihre theoretische Fundierung, ihre praktische Umsetzung und ihre tatsächliche Wirksamkeit evaluiert werden.“*⁹⁰⁵ Angesichts steigender Kosten im Gesundheitswesen und den begrenzten finanziellen Ressourcen zur dauerhaften Implementierung solcher Programme fordert er daher die Evaluation von Gesundheitsfördermaßnahmen als ein zentrales Qualitätsmerkmal ein.⁹⁰⁶ Nach König (2009) ist diese Forderung nicht nur allein mit wirtschaftlichen Argumenten zu begründen, vielmehr diene jede Evaluation auch dazu, das methodische Handeln weiterzuentwickeln. So könne aus der systematischen Reflektion heraus bei den Durchführenden *„[...] die Sicherheit entstehen, das Richtige zu tun, d.h. professionell zu arbeiten, letztlich kompetent zu sein.“*⁹⁰⁷ Eine mögliche negative Folge des zunehmenden Evaluationstrends sieht König allerdings darin gegeben, dass das Bemühen um den Nachweis von Qualität und Effizienz, das eigentliche Handeln beeinträchtigen könne, bis dahin, dass Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit in ein Konkurrenzverhältnis treten.⁹⁰⁸

Die Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien gelten aktuell als „*Goldstandard*“⁹⁰⁹ einer sich an der Medizin orientierenden Wirksamkeitsforschung bei gesundheitsbezogenen Maßnahmen. *„National und international hat die Bewertung bestehender und neuer Technologien (sog. Emerging Technologies) auf der Grundlage bestehenden Wissens und unter Zuhilfenahme formalisierter Recherche- und Literaturbewertungsstrategien auch unter dem Begriff ‘Evidenz-basierte Medizin’ in den letzten Jahren insbesondere im Kontext von Entscheidungen zur Kostenübernahme durch (staatliche und/oder private)*

⁹⁰⁴ vgl. Lehmann/Töppich: Effektivität und Effizienz als Leitziel der Qualitätssicherung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, S. 182-190.

⁹⁰⁵ Mittag: Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, S. 87.

⁹⁰⁶ vgl. „ebd.“

⁹⁰⁷ König: Selbstevaluation in der Gesundheitsförderung: Perspektiven und Methode. In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 297.

⁹⁰⁸ vgl. „ebd.“, S. 295.

⁹⁰⁹ Müller: Qualität in der Gesundheitsförderung: Eine Methode für Alle(s)? In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 45.

*Krankenversicherung erheblich an Bedeutung gewonnen.*⁹¹⁰ Zweifelsfrei benötigen pädagogisch-didaktische Techniken andere Evaluationsdesigns als solche, die bei der Bewertung medizinisch-technologischer Verfahren eingesetzt werden. Die Orientierung an einer evidenzbasierten Medizin entspricht daher in erster Linie einem Bewertungsparadigma, demnach in beiden Fällen ein Urteil über die Wirksamkeit bzw. Nicht-Wirksamkeit von Maßnahmen anhand möglichst objektiver (und möglichst fehlerfrei erzeugter) empirischer Daten erfolgen soll.⁹¹¹

Die Orientierung an einer solchen evidenzbasierten Vorgehensweise besitzt zwar einen Vorbildcharakter für die Evaluation von Interventionsmaßnahmen, gleichwohl ist sie in der Gesundheitsförderung nicht unumstritten. So wird von Inchley (u.a.) darauf hingewiesen, dass die Kriterien einer an der Medizin orientierten Evaluationsforschung nicht ohne Weiteres auf Gesundheitsfördermaßnahmen im Setting-Ansatz anwendbar seien, da sich auf Ganzheitlichkeit abzielende Wirkungsweisen komplexer Maßnahmenbündel nicht auf biomedizinische Parameter (etwa dem BMI bei Ernährungsprogrammen) reduzieren lasse.⁹¹² Klotter nimmt diese Haltung zum Anlass, die provozierende These zu formulieren, demnach es der Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz gar nicht (oder zumindest nicht in erster Linie) um positive, gesundheitsbezogene Effekte gehe, sondern dass sie vielmehr eine „*parareligiöse Bewegung*“ darstelle, „[...] *die ethische Werte in der Bevölkerung verankern will.*“⁹¹³ Das Dilemma, mit dem sich die Wirkungsforschung in der Gesundheitsförderung derzeit auseinanderzusetzen habe, fasst Klotter wie folgt zusammen:

*„Es drängt sich natürlich der Verdacht auf, dass nicht evaluiert wird, weil die Befürchtung im Raum steht, dass die Ergebnisse mäßig sind, wenn sie überhaupt das Niveau mäßig erreichen sollten. Angesichts dieser Befürchtung wäre es aber sinnvoller, nicht auf der einen Seite Evidenzbasierung und Evaluation zu beschwören, auf der anderen Seite dies nicht zu tun, sondern explizit festzuhalten, dass Gesundheitsförderung entweder mit den üblichen Methoden nicht evaluierbar ist oder Gesundheitsförderung andere Ziele verfolgt als messbare Veränderung bestimmter Parameter.“*⁹¹⁴

Die Gesundheitsförderung sieht sich somit mit der Schwierigkeit konfrontiert, einerseits wirksame und unwirksame Ansätze dokumentieren zu sollen, andererseits auf keine einheitlichen Kriterien als Bewertungsgrundlage zurückgreifen zu können. Ob solche einheitlichen Kriterien überhaupt möglich oder gar sinnvoll sind, steht zudem ebenfalls noch zur Debatte. Gegenwärtig lassen sich zwei - einander keinesfalls ausschließende - Ansätze unterscheiden, mit denen versucht wird, eine Antwort auf die Qualitätsfrage bei gesundheitsbezogenen Projekten in der Schule zu geben. Zum einen eine Evaluationsforschung, die sich weitgehend an den Verfahren der evidenzbasierten Medizin orientiert und ähnlich „harte“ Belege für die Wirksamkeit von durchgeführten Maßnahmen verlangt (Kapitel 10.2). Hieraus lässt

⁹¹⁰ Schwartz (u.a.): Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In:

Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 1171.

⁹¹¹ vgl. Schmacke: Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung? In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 61ff.

⁹¹² nach Klotter: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben?, S. 93.

⁹¹³ „ebd.“, S. 125.

⁹¹⁴ „ebd.“

sich mehr oder weniger stark die Forderung nach einer Standardisierung in der Evaluationspraxis ableiten. Zum anderen eine Qualitätssicherung durch Orientierung an einer gelingenden Praxis (Kapitel 10.3). Diese so genannten Good-(Best)-Practice-Beispiele eignen sich gleichermaßen proaktiv bei der Konzeption eines Projektes wie reaktiv als Bewertungsmaßstab für bereits durchgeführte Projekte. Beide Zugänge werden im Folgenden dargestellt und dann hinsichtlich einer qualitativen Bewertung für das Projekt „Gut drauf - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ angewendet.

10.2 Kriterien für die Evaluation von Gesundheitsfördermaßnahmen

10.2.1 Theoretische Grundlagen

Als Mindestvoraussetzungen für eine hohe Qualität in der Gesundheitsförderung sind nach Faltermaier (2005) die folgenden drei Kriterien zu gewährleisten:

1. Die Maßnahmen müssen wissenschaftlich begründet sein, auf einem theoretisch überzeugendem Konzept basieren und auf empirisch fundierten Ergebnissen aufbauen. Dabei ist naheliegend, dass sich für jeden Präventionsbereich unterschiedliche wissenschaftliche Erkenntnisse und Präventionsansätze ergeben. Ein interdisziplinäres Vorgehen ist nach Faltermaier notwendig, um eine fachwissenschaftliche Verengung zu vermeiden. Dieses Kriterium beschreibt eine konzeptionelle Qualität.
2. Die Maßnahmen müssen von fachlich qualifizierten Personen mit geeigneten Methoden durchgeführt werden. Dieses Kriterium beschreibt eine fachlich-methodische Qualität.
3. Die Maßnahmen müssen hinsichtlich der angestrebten Ziele evaluiert werden. Dieses Kriterium erfordert eine empirische Qualität.⁹¹⁵

Eine vergleichbare Systematik formulierte Trojan (2001)⁹¹⁶. Seine Kriterien orientieren sich an den verschiedenen Phasen bei der Implementierung eines Interventionsprogramms. Er folgt dabei der von Donabedian⁹¹⁷ vorgenommenen Unterscheidung nach der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die von Trojan aufgestellten allgemeinen Parameter für das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung sind:

- Die konzeptionelle Qualität entspricht der „*programmatischen Klarheit*“⁹¹⁸, mit der darüber Aufschluss gegeben wird, welche Zielbereiche präveniert werden sollen, ob und wie die Situationsausgangslage erhoben wird und welche Ziele formuliert werden.

⁹¹⁵ vgl. Faltermaier: Gesundheitspsychologie, S. 302ff.

⁹¹⁶ vgl. Trojan: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, S. 51-72.

⁹¹⁷ vgl. Donabedian: Criteria and standards for quality assessment and monitoring. In: Quality Review Bulletin 12/1986, pp. 99-108.

⁹¹⁸ Trojan: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, S. 54.

- Die Strukturqualität beschreibt die Ausnutzung von Synergie-Effekten durch Netzwerkarbeit, Koordination der am Projekt beteiligten Institutionen, Ausnutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen.
- Die Prozessqualität umfasst die Reflexion des Selbstverständnisses und der eigenen Arbeitsweise.
- Die Ergebnisqualität bezeichnet das Ziel-Mittel-Verhältnis, die Art der Ziele, und die ausgewählten Erfolgskriterien.

Diese von Faltermaier bzw. Trojan formulierten Vorgaben sind sowohl für auf messbare Parameter fokussierte Evaluationsstudien, wie auch für Best-Practice-Beispiele als Mindestvoraussetzung anzusehen. Damit ist zunächst nur ein Rahmen aufgespannt, innerhalb dessen die Evaluationsforschung konkrete Standards zur Qualitätsbestimmung zu entwickeln hat. Trotz oder gerade wegen des quantitativ hohen Umfangs an Präventionsstudien zu verschiedenen Themen und Schwerpunkten der Gesundheitsförderung in der Grundschule gibt es noch keine Übersicht über die durchgeführten Inhalte, eingesetzten Methoden und erfüllten Zielsetzungen der verschiedenen Programme. Dementsprechend mangelt es auch an Kriterien, anhand derer sich die Interventionsmaßnahmen beurteilen lassen.

Für den Bereich der Prävention von Verhaltensstörungen bei Kindern haben Heinrichs (u.a.) (2002) einen Katalog zur Evaluation von Elterntrainingsprogrammen, wie z.B. „Triple P“ oder „Parenting Through Change“, erstellt,⁹¹⁹ dieser beinhaltet prinzipiell die gleichen Aspekte wie die von Faltermaier bzw. Trojan beschriebenen. Die folgenden Anforderungskriterien wurden an die verschiedenen Präventionsprogramme gerichtet:⁹²⁰

- Ziele: Die eingesetzten Präventionsprogramme sollten stabile Effekte erzielen, kostengünstig sein und bei den Adressaten eine hohe Akzeptanz finden.
- Theoretische Fundierung: Die zu Grunde liegenden theoretischen Annahmen sollten erläutert sein.
- Empirische Fundierung: Dieses Kriterium bezieht sich auf den Zusammenhang von Verhalten und Symptom (z.B. zwischen Zähne putzen und Zahngesundheit), also dem empirischen Nachweis der theoretischen Annahmen. Daneben beinhaltet dieses Kriterium Fragen zur Implementierung in alltägliche Abläufe.
- Gute Erreichbarkeit: Niederschwellige Angebote besitzen Vorteile gegenüber Projekten, die in verschiedener Hinsicht Zugangsbarrieren enthalten. Hierbei ist besonders die Zielgruppenorientierung zu bedenken.
- Wissenschaftlich begründete Wirksamkeit: Die Ergebnis-Evaluation, inwieweit das Interventionsprogramm nachweisbar die intendierten Verhaltensveränderungen bewirken konnte.

Für die Wirkungsmessung von Maßnahmen der Verkehrserziehung hat Utzmann (2008) insgesamt 22 Standards formuliert, anhand derer die Qualität von Interventionsprogrammen begutachtet werden kann. Auch nach Utzmann beginnt die Qualitätssicherung weit vor dem eigentlichen Projektstart mit einer detaillierten Beschreibung der einzusetzenden Maßnahmen und der zu erreichenden Ziele. In der

⁹¹⁹ Heinrichs (u.a.): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. In: Psychologische Rundschau 53, 4 (2002). S. 170-183.

⁹²⁰ „ebd.“ S. 171.

Tabelle 10.1 sind die Empfehlungen zur Evaluation verkehrspädagogischer Interventionsprojekte aufgelistet. Diese Standards lassen sich m.E. auch auf andere Bereiche gesundheitsbezogener Intervention übertragen.

Tabelle 10.1: Handlungsempfehlungen für die Wirkungsmessung bei Maßnahmen der Verkehrserziehung und -aufklärung (nach Utzmann, 2008)⁹²¹

Ziele und Wirkungsmessung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ziele der Maßnahmen sind klar zu formulieren, im Idealfall mit Angabe der Wirkungsdauer und -intensität. • Die zu Grunde liegenden theoretischen Wirkungsmodelle sind zu beschreiben, v.a. dann, wenn abschließend Verbesserungsvorschläge zur Maßnahmengestaltung erfolgen. • Die Wirksamkeit der Maßnahmen ist auf verschiedenen Wirkungsstufen zu messen; die Ziele der Wirkungsmessung sind zu benennen.
Hypothesen	<ul style="list-style-type: none"> • Die zu Grunde liegenden Forschungshypothesen sind anzugeben.
Erhebungseinheiten und -instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Die Auswahl der Erhebungseinheit ist anzugeben, sie sollte zudem aus der Zielbeschreibung der Maßnahmen abzuleiten sein. • Vor- und Nachteile der einzelnen Erhebungsinstrumente sind abzuwägen, im Idealfall werden verschiedene Erhebungsinstrumente im Sinne der Triangulation zusammengeführt. • Die Eignung bereits vorliegender Datenquellen/-sätze ist aus Kostengründen zu prüfen.
Untersuchungsdesign	<ul style="list-style-type: none"> • Nach Möglichkeiten sind experimentelle Designs mit Mehrfachmessungen durchzuführen. • Untersuchungs- und Kontrollgruppe sollten in etwa gleich groß sein. • Die Langzeitwirkung der durchgeführten Maßnahmen soll erfasst werden.
Ergebnisindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Es sind Ergebnisindikatoren aus verschiedenen Wirkungsbereichen zu verwenden.
Stichprobenziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Es sollte eine Zufallsstichprobe gebildet werden.
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Relative Daten sind gegenüber absoluten Daten zu bevorzugen. • Störvariablen sind zu kontrollieren, im Idealfall ist eine Doppelblind-Erhebung durchzuführen.
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Systematische Ausfälle beim Rücklauf sind zu beachten. • Bei Mehrfach-Erhebungen ist der Datenschwund bei wiederholter Befragung zu berücksichtigen. • Die Qualität der Stichprobe ist zu beachten. • Es sind nur statistische Verfahren anzuwenden, für die die Voraussetzungen erfüllt sind.
Dateninterpretation	<ul style="list-style-type: none"> • Auf mögliche Fehlerquellen und Schwachstellen ist hinzuweisen. • Plausibilitätsprüfungen sind durchzuführen. • Die Ergebnisse sind mit vorhandenen Studien zu vergleichen. • Die methodische Vorgehensweise ist zu dokumentieren.

Utzmann legt damit einen deutlichen Schwerpunkt auf empirische Kriterien. Die Qualität der begleitenden Evaluationsforschung legitimiert die Aussagekraft der über die Evaluation erhobenen Ergebnisse. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie wiederum lassen Aussagen zur inhaltlichen, methodischen und didaktischen Qualität der Interventionsmaßnahmen zu. Damit wird auch deutlich, dass unter einem solchen

⁹²¹ vgl. Utzmann: Summative Evaluation der Verkehrserziehung und -aufklärung, S. 157ff.

Fokus die inhaltliche Bewertung einer Interventionsmaßnahme stark von der Qualität der begleitenden Wirkungsforschung abhängig ist.

Als Qualitäts-Gradmesser einer quantitativ-orientierten Forschung gelten die aus der Testtheorie stammenden Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität.

- Die Objektivität ist ein Maß für die Unabhängigkeit eines Testverfahrens von den anwendenden Personen. Diese Unabhängigkeit muss sowohl bei Durchführung (Durchführungsobjektivität), bei der Auswertung (Auswertungsobjektivität) und bei der Interpretation (Interpretationsobjektivität) gegeben sein.
- Die Reliabilität ist ein Maß für die Reproduzierbarkeit und damit auch für die Genauigkeit von Messergebnissen. Je größer die Abweichung der Ergebnisse bei wiederholter Messung des identischen Ereignisses, desto größer die Fehlervarianz, das heißt umso mehr Messfehler fließen in die Testwerte ein.
- Die Validität bezeichnet die inhaltliche Dimension, das heißt inwieweit der eingesetzte Test „[...] *in der Lage ist, das zu messen, was er zu messen vorgibt.*“⁹²² Neben der Inhaltsvalidität, welche ein Maßstab dafür ist, inwieweit die gemessenen Variablen die zu messende Eigenschaft repräsentieren, unterscheidet man die Kriteriumsvalidität (Korrelation der ausgewählten Variablen mit anderen relevanten Merkmalen) und die Konstruktvalidität (Brauchbarkeit eines standardisierten Erhebungsinstruments).⁹²³

Mit der Fokussierung auf die empirische Qualität der Begleitforschung rücken auch mögliche Fehlerquellen in den Blick, durch die die Validität der Ergebnisse beeinträchtigt werden kann. Als wesentliche Fehlerquellen von randomisierten kontrollierten Studien zur Wirksamkeitsmessung in der Gesundheitsförderung werden vier Bias-Formen diskutiert:

- Selection Bias: Die relevanten Merkmale der Teilnehmer in der Interventions- und Kontrollgruppe sind nicht homogen verteilt, das heißt schon vor Studienbeginn unterscheiden sich beide Gruppen systematisch. Zur Vermeidung eines solchen Selection Bias empfiehlt es sich, die Teilnehmer nach einer Vorerhebung randomisiert auf die Untersuchungsgruppen zu verteilen. Bei einer Clusterstichprobe ist dies nicht immer möglich. So lassen sich Schüler nach einer Vor-Untersuchung in der Regel nicht systematisch auf verschiedene Experimental- oder Kontrollgruppen aufteilen. Vielmehr ist man häufig darauf angewiesen, mit den bestehenden Clustern zu arbeiten.
- Performance Bias: Die Teilnehmer in Interventions- und Kontrollgruppe werden (abgesehen von der eigentlichen Intervention) unterschiedlich behandelt. Die Gefahr eines Performance Bias kann mittels einer Doppelblind-Studie reduziert werden, bei der weder die Teilnehmer noch die unmittelbar mit den Teilnehmern operierenden Betreuer bzw. das Studienpersonal wissen, welche Gruppe die Intervention erhält und welche die Kontrollgruppe darstellt. Klotter gibt zu bedenken, dass sich diese Forderung nicht mit den theoretischen Prinzipien einer modernen Gesundheitsförderung vereinbaren lässt: „*Das gesundheitsförderliche Prinzip des Empowerments macht es unmöglich, die Schülerinnen und Schüler einer Schule nicht darüber aufzuklären, dass die*

⁹²² Bortz/Döring: Forschungsmethoden und Evaluation, S. 200.

⁹²³ vgl. „ebd.“, S. 195ff; Diekmann: Empirische Sozialforschung, S. 216ff.

*Schule mit gewissen Strategien und mit der Beteiligung der Schülerinnen und Schüler zu einer gesundheitsfördernden Schule werden soll.*⁹²⁴

- Attrition Bias: Ein systematischer Ausfall von Studienteilnehmern führt zu einer Verzerrung des Ergebnisses. Um einen solchen Effekt zu kontrollieren, empfiehlt es sich, die Daten der Studienabbrecher mit denen der Rest-Stichprobe zu vergleichen und den Ausfall mittels einer Worst-Case-/Best-Case-Analyse zu berechnen. Gerade Schulklassen als Clusterstichproben im Längsschnittdesign besitzen eine erhebliche Fluktuation, durch Umzüge und Nicht-Versetzung. Hierdurch scheiden z.B. im 3. Schuljahr Kinder aus, die evtl. schon über Jahre hinweg an den Interventionsmaßnahmen teilgenommen haben, dafür kommen aus der nächsthöheren Jahrgangsstufe nichtversetzte Schüler hinzu, die noch an keiner Intervention teilgenommen haben. Beides erschwert die Nachweisbarkeit ggf. vorhandener Interventionseffekte.⁹²⁵ Hinzu kommen - mit den gleichen Einschränkungen für die Aussagekraft der Ergebnisse – Schüler, die an den Interventionsmaßnahmen oder an der Datenerhebung nicht teilnehmen, da sie an einem der Tage erkrankt sind.
- Detection Bias: Fehler, die bei der Datenerhebung oder bei der Datenauswertung entstehen, weil entweder das Messinstrument nicht valide genug, oder die Auswertung nicht objektiv genug ist. Ein Fehler bei der Auswertung lässt sich ggf. durch Verblindung reduzieren; ein systematischer Fehler des Messinstruments lässt sich im Nachhinein dagegen nicht mehr korrigieren.⁹²⁶

10.2.2 Anwendung der Kriterien auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Im Folgenden sollen die unter 10.2.1 genannten Kriterien auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ abgebildet werden. Dies erfolgt in zwei Schritten: Zunächst sollen die von Faltermaier genannten drei Mindestvoraussetzungen diskutiert werden, ehe daran anschließend die ausführlicheren, von Utzmann formulierten Handlungsempfehlungen nachvollzogen werden.

Hinsichtlich der von Faltermaier formulierten Mindestvoraussetzungen sind m.E. für das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ die folgenden Schlüsse zulässig:

1. Konzeptionelle Qualität: Die eingesetzten Maßnahmen basierten auf unterschiedlich ausgearbeiteten, theoretisch begründeten und vor ihrem Einsatz im Projekt empirisch abgesicherten Konzepten. So waren z.B. die Beiträge der AOK-Kinderrückenschule von medizinischen Experten entwickelt und in der Praxis bereits mehrfach erprobt worden (vgl. Kapitel 9.3.1). Andere Ansätze, exemplarisch die Puppenbühne der Polizei im Rahmen der Gewaltprävention,

⁹²⁴ Klotter: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben?, S. 121.

⁹²⁵ Forschungsmethodisch ein Fehler zweiter Art (β -Fehler), d.h. ein bestehender Zusammenhang wird übersehen. Der α -Fehler (Fehler erster Art) beschreibt dagegen die Fehlentscheidung zu Gunsten der Annahme eines (nicht-bestehenden) Zusammenhangs. (vgl. Raithel: Quantitative Forschung, S. 33.)

⁹²⁶ vgl. Müller: Qualität in der Gesundheitsförderung: Eine Methode für Alle(s)? In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 46ff.

waren auf Initiative der durchführenden Personen entstanden. Langjährige Praxiserfahrung und die entsprechende Auseinandersetzung mit der Fachliteratur, sowie interne Weiterbildungsmaßnahmen dürften für eine fachliche Kompetenz gesorgt haben. Maßnahmen wie die der Puppenbühne wurden erstmals empirisch begleitet. Da die Erprobung solcher Maßnahmen aber zu den Intentionen der Projektleitung gehörte, kann daraus m.E. keineswegs auf eine geringere Qualität des gesamten Projektes geschlossen werden. Durch die Zusammenarbeit verschiedener außerschulischer Institutionen ist die Forderung nach Interdisziplinarität in der Gesundheitsförderung erfüllt worden.

➔ Die konzeptionelle Qualität des Projektes sehe ich weitgehend für gegeben an. Innovative Ansätze sollten ausdrücklich entwickelt und erprobt werden.

2. Fachlich-methodische Qualität: Die außerschulischen Interventionspartner sollten die inhaltliche Qualität gewährleisten, die ständige Begleitung der Projektstunden sowie die Vor- und Nachbereitung im regulären Unterricht durch die Fach- bzw. Klassenlehrer die methodisch-didaktische Qualität absichern. Die fachliche Qualität der durchführenden Interventionspartner sollte dadurch gegeben sein, dass alle beteiligten Personen hauptamtliche Kräfte der jeweiligen Institution waren, teilweise mit zusätzlicher pädagogischer Ausbildung und jahre-, teilweise jahrzehntelanger Erfahrung. Die Frage nach der methodisch-didaktischen Qualität geht mit der Frage nach Unterrichtsqualität im Allgemeinen einher. Auch hier kann die langjährige Erfahrung der zuständigen Klassenlehrerinnen und das hohe Engagement der jeweiligen Schulleitung als Qualitätsnachweis angesehen werden.

➔ Die fachlich-methodische Qualität des durchführenden Personals ist zumindest formal durch die entsprechende Berufserfahrung gegeben. Über den anhand der Differenz zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe gemessenen Präventionserfolg und damit über die Qualität der einzelnen Maßnahmen gibt der Evaluationsbericht (Kapitel 9) Auskunft.

3. Empirische Qualität: Das Projekt wurde wie in Kapitel 9 dokumentiert ist, umfangreich begleitet und evaluiert. Als Schwierigkeit erwies sich bei einigen Unterrichtsbausteinen, dass konkrete Aussagen über die Interventionsziele fehlten. Als „Fluchtpunkt“ blieb dann die Förderung des „Sicherheits- bzw. des Gesundheitsbewusstseins“, woraus sich neue Schwierigkeiten für die Wirksamkeitsmessung ergaben: Zum einen ließen sich alle auf das Sicherheits- bzw. Gesundheitsbewusstsein abzielenden Inhalte nur schwer operationalisieren (empirisch-pragmatische Schwierigkeit), zum anderen sind solche Bewusstseinszustände kaum über einzelne Unterrichtseinheiten zu verändern, sodass die Zielsetzung vermutlich unangemessen war (theoretisch-konzeptionelle Schwierigkeit; siehe auch Kapitel 6.2.2).

➔ Auf Seiten der empirischen Qualität lässt sich m.E. ein Defizit in einer in Teilen unklaren und unpräzisen Zielformulierung diagnostizieren, die sich häufig in einer Unterscheidung von Versuchs- und Kontrollgruppe erschöpft. Eine zusätzliche Formulierung präziser Teilziele wäre m.E. hilfreich gewesen. Beispiele hierfür wären etwa: Kein Schüler aus der Versuchsgruppe soll eine Schultasche mit einem Gewicht von mehr als 4 kg tragen; 95% der Schüler sollten die Notrufnummern kennen, 90% der Kinder sollten das sichere Verhalten beim Aussteigen aus dem Bus benennen können. (Die Prozentzahlen sind an dieser Stelle willkürlich gewählt worden.)

Für eine detaillierte Bewertung wird das Projekt im Weiteren (vgl. Tabelle 10.2) anhand der von Utzmann aufgestellten Standards beurteilt. Inwieweit die Handlungsempfehlungen eingehalten wurden, wird mit der Abstufung „voll erfüllt“, „eher erfüllt“, „eher nicht erfüllt“ und „nicht erfüllt“ zusammengefasst. Es sollte klar sein, dass die Aussagekraft einer solchen internen und subjektiven Begutachtung wiederum ihre Grenzen hat.

Tabelle 10.2: Anwendung der von Utzmann (2008) aufgestellten Handlungsempfehlungen für die Wirkungsmessung bei Maßnahmen der Verkehrserziehung und -aufklärung auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Ziele und Wirkungsmessung	
Die Ziele der Maßnahmen sind klar zu formulieren, im Idealfall mit Angabe der Wirkungsdauer und -intensität.	<i>Das Hauptziel der Interventionsstudie war die Untersuchung des Erfolges eines ganzheitlichen, umfassenden und langfristigen Programmes zur Sicherheits- und Gesundheitserziehung durch außerschulische Institutionen im Vergleich zum „normalen“ Schulunterricht (vgl. Kapitel 9.1). In Nebenzielen sollte der Erfolg einzelner Bausteine evaluiert werden. Die Zieldefinition dieser einzelnen Bausteine war unterschiedlich präzise. Eine Definition dessen bzw. im Vorfeld festgelegte Parameter, was als Erfolg zu bezeichnen sei, fehlte, sodass stets eine signifikante Abweichung von Versuchs- und Kontrollgruppe als Kriterium anvisiert wurde. Dieses Kriterium wurde daher eher nicht erfüllt.</i>
Die zu Grunde liegenden theoretischen Wirkungsmodelle sind zu beschreiben, v.a. dann, wenn abschließend Verbesserungsvorschläge zur Maßnahmengestaltung erfolgen.	<i>Es ist anzunehmen, dass den jeweils zuständigen Projektpartnern für die durchgeführten Maßnahmen und Präventionsfeldern entsprechende Wirkungsmodelle vorlagen, diese wurden aber nicht offengelegt. Dieses Kriterium wurde daher nicht erfüllt.</i>
Die Wirksamkeit der Maßnahmen ist auf verschiedenen Wirkungsstufen zu messen; die Ziele der Wirkungsmessung sind zu benennen.	<i>Im Laufe der fünf Erhebungszeitpunkte wurden drei unabhängige Erhebungsinstrumente (und die Schuleingangsuntersuchungen) eingesetzt, über die verschiedene Variablen und Wirkungsbereiche gemessen wurden: Dabei wurde nach Einstellungen und Gewohnheiten von Eltern und Kindern gefragt, vorhandenes Wissen erhoben, konkrete Verhaltensweisen und deren Auswirkungen festgehalten. In einigen Fällen wurden prozessproduzierte Daten berücksichtigt. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Hypothesen	
Die zu Grunde liegenden Forschungshypothesen sind anzugeben.	<i>Die Forschungshypothese besagte, dass die Interventionsgruppe auf Grundlage der durchgeführten Maßnahmen einen größeren Lernerfolg verzeichnen würde als die Kontrollgruppe. Hypothesen für die einzelnen Präventionsfelder fehlten. Dieses Kriterium wurde eher nicht erfüllt.</i>
Erhebungseinheiten und -instrumente	
Die Auswahl der Erhebungseinheit ist anzugeben, sie sollte zudem aus der Zielbeschreibung der Maßnahmen abzuleiten sein.	<i>Als Grundgesamtheit sind alle Grundschulklassen in NRW (Föderales Prinzip im Bildungswesen der Bundesrepublik) anzusehen. Aus den Grundschulen in A-Stadt wurden zwei Klassen ausgewählt, in denen die Interventionen stattfanden. Als Kontrollklassen wurden zum einen die unmittelbaren Parallelklassen und die Klassen aus zwei vom Einzugsgebiet vergleichbarer Schulen in B-Stadt ausgewählt (vgl. Kapitel 9.2.1). Qualitative Urteile, Kooperationsbereitschaft und pragmatische Gründe waren für die Auswahl der Erhebungseinheiten ausschlaggebend. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>

Vor- und Nachteile der einzelnen Erhebungsinstrumente sind abzuwägen, im Idealfall werden verschiedene Erhebungsinstrumente im Sinne der Triangulation zusammengeführt.	<i>In Kapitel 9.4.3 sind die Erhebungsinstrumente mit ihren Vor- und Nachteilen sowie im Vorfeld antizipierten Schwierigkeiten angegeben. Um Triangulation wurde sich bemüht, auf Grund der Anonymität der Daten, und da auf ein Kodierungssystem verzichtet wurde, blieb die Zusammenführung der Ergebnisse auf Stichprobengruppen begrenzt. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Die Eignung bereits vorliegender Datenquellen/-sätze ist aus Kostengründen zu prüfen.	<i>Mit den Schuleingangsuntersuchungen wurde auf eine vorliegende Datenquelle zurückgegriffen. Zudem wurden die bei der Polizei vorliegenden Verkehrsunfall- und Kriminalitätsstatistiken berücksichtigt. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Untersuchungsdesign	
Nach Möglichkeiten sind experimentelle Designs mit Mehrfachmessungen durchzuführen.	<i>Es wurde ein experimentelles Design mit drei Kontrollgruppenarten und insgesamt fünf Erhebungszeiträumen realisiert. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Untersuchungs- und Kontrollgruppe sollten in etwa gleich groß sein.	<i>Auf Grund mehrerer Kontrollgruppen überstieg die Zahl aller Kontrollklassen (zehn Klassen) die der Versuchsklassen (zwei Klassen) deutlich. Die Kontrollgruppe (1. Ordnung) umfasste allerdings nur vier Klassen aus den vier Schulen (vgl. Kapitel 9.4.1). Dieses Kriterium wurde eher erfüllt.</i>
Die Langzeitwirkung der durchgeführten Maßnahmen soll erfasst werden.	<i>Prinzipiell wurde schon mit der jährlichen Untersuchung die Langzeitwirkung von Maßnahmen, die teilweise bereits mehrere Monate zurücklagen, erfasst. Zudem wurden zurückliegende Maßnahmen auch an späteren Erhebungszeitpunkten (z.B. mit der Abschlusserhebung) erneut erfasst. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Ergebnisindikatoren	
Es sind Ergebnisindikatoren aus verschiedenen Wirkungsbereichen zu verwenden.	<i>Es wurden Indikatoren auf verschiedenen Ebenen berücksichtigt, so z.B. zur Evaluation der verkehrspädagogischen Maßnahmen, u.a. die Verkehrsunfallstatistiken der Polizei herangezogen, die Eltern nach zurückliegenden Unfällen gefragt, die Eltern um eine Einschätzung der Kompetenzen ihrer Kinder bei der Teilnahme am Straßenverkehr gebeten, die Gefahrenkognition der Kinder untersucht, das Verkehrsregelwissen der Kinder erfragt, oder im Motorik-Test die Körperkoordination erhoben. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Stichprobenziehung	
Es sollte eine Zufallsstichprobe gebildet werden.	<i>Die Auswahl der Erhebungseinheiten wurde wie beschrieben aus qualitativen Urteilen, und pragmatischen Gründen sowie in Abhängigkeit von der Kooperationsbereitschaft der Schulleitung und Lehrkräfte vorgenommen. Mit den bestehenden Clustern wurde das Projekt durchgeführt. Eine Zufallsstichprobe in dem Sinne wurde nicht gebildet. Dieses Kriterium wurde nicht erfüllt.</i>
Datenerhebung	
Relative Daten sind gegenüber absoluten Daten zu bevorzugen.	<i>Nahezu alle Ergebnisse wurden als relative Daten angegeben (vgl. Kapitel 9.5), absolute Zahlen nur bei geringer Fallzahl angeführt, bei denen die relativen Daten eher einen verfälschenden Charakter angenommen hätten. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Störvariablen sind zu kontrollieren, im Idealfall ist eine Doppelblind-Erhebung durchzuführen.	<i>Die Studierenden, die die verschiedenen Erhebungen durchführten, wurden im Vorfeld gemeinsam geschult. Der Motorik-Test wurde gemäß der Handlungsanweisungen und in einem einheitlichen Setting durchgeführt. Mögliche Störvariablen waren dagegen gerade bei der Kinderbefragung nicht vollkommen zu kontrollieren. Informationen, über Versuchs- und Kontrollgruppe lagen den Studierenden nicht vor, sie konnten</i>

	<i>sich aber anhand der Protokollbögen und den Fragen, die sich nur an die Versuchsgruppe richteten, erschließen, ob sie eine Versuchs- oder Kontrollklasse befragten. Dieses Kriterium wurde eher erfüllt.</i>
Datenanalyse	
Systematische Ausfälle beim Rücklauf sind zu beachten.	<i>Bei der Kinderbefragung und beim Motorik-Test waren Ausfälle nur bei Erkrankung der Kinder zu erwarten. Hierbei wird nicht von systematischen Ausfällen ausgegangen. Bei der Elternbefragung sorgten die Klassenlehrerinnen regelmäßig für einen hohen Rücklauf. Die Elternfragebögen vom Beginn des 1. Schuljahres bis zum Ende des 3. Schuljahres wurden zudem in die türkische Sprache übersetzt, um sprachliche Barrieren bei zumindest der zahlenmäßig größten Migrantengruppe zu reduzieren. Systematische Ausfälle waren nicht zu erkennen. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Bei Mehrfach-Erhebungen ist der Datenschwund bei wiederholter Befragung zu berücksichtigen.	<i>Die Fluktuationen in den Klassen war ein großes Problem, das ohne die Anonymität der Kinder einzuschränken, nicht in den Griff zu bekommen war. Dadurch wurde v.a. die Validität der Langzeitwirkung beeinträchtigt. Die Validität der Kurzzeitwirkung der Maßnahmen war allenfalls durch Erkrankung der Kinder am Tag der Intervention oder am Tag der Datenerhebung belastet. Dieses Kriterium wurde nicht erfüllt.</i>
Die Qualität der Stichprobe ist zu beachten.	<i>Da in Abhängigkeit von dem vorhergehenden Kriterium: Dieses Kriterium wurde eher nicht erfüllt.</i>
Es sind nur statistische Verfahren anzuwenden, für die die Voraussetzungen erfüllt sind.	<i>Bei der Kinderbefragung wurden qualitative Aussagen in quantitative Daten überführt, welche dann wie metrische Daten gehandhabt wurden. Dieses Verfahren ist nicht unproblematisch, daher ist dieses Kriterium nur als eher erfüllt anzusehen.</i>
Dateninterpretation	
Auf mögliche Fehlerquellen und Schwachstellen ist hinzuweisen.	<i>Sowohl bei der Ergebnisdarstellung (Kapitel 5; Kapitel 9) wie auch in der vorliegenden Beurteilung der Projekt-Qualität werden Fehlerquellen und Schwachstellen - soweit sie erkannt wurden - aufgeführt. Dieses Kriterium wurde eher erfüllt.</i>
Plausibilitätsprüfungen sind durchzuführen.	<i>Entsprechende Plausibilitätsprüfungen wurden bei der Dateneingabe und -verarbeitung durchgeführt. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Die Ergebnisse sind mit vorhandenen Studien zu vergleichen.	<i>Die Ergebnisse wurden mit den Daten einschlägiger Studien verglichen und in Beziehung gesetzt (vgl. Kapitel 5 und Kapitel 9.) Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>
Die methodische Vorgehensweise ist zu dokumentieren.	<i>In Kapitel 9 ist das methodische Vorgehen umfangreich dokumentiert worden. Dieses Kriterium wurde voll erfüllt.</i>

Von den insgesamt 22 Qualitätsstandards wurden im Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ demnach:

- 12 Kriterien voll erfüllt,
- 4 Kriterien eher erfüllt,
- 3 Kriterien eher nicht erfüllt
- 3 Kriterien nicht erfüllt.

Eines der drei großen Defizite sehe ich in der fehlenden Beschreibung der zu Grunde liegenden theoretischen Wirkungsmodelle. Dies lässt sich zumindest teilweise damit rechtfertigen, dass die Mehrzahl der Programme aus der Praxis für die Praxis entwickelt wurde. Eine die einzelnen Maßnahmen übergreifende und verbindende Konzeption des Gesamtprojektes fehlte. Die einzelnen Bausteine waren additiv, nur an wenigen Stellen (Busschule (VER) und Verkehrserziehung der Polizei; Notruf bei

Polizei und Feuerwehr; Entspannung (AOK) und Gewaltprävention (Polizei)) gab es gemeinsame inhaltliche Bezüge. Daraus abgeleitet resultiert meines Erachtens auch die unklare Zielbestimmung, die bereits bei der Anwendung der von Faltermaier formulierten Mindestvoraussetzung problematisiert wurde. Die Zielformulierung und Defizite bei den Forschungshypothesen sind auch zwei der drei Kriterien, die eher nicht erfüllt wurden.

Das zweite nicht erfüllte Kriterium betrifft die fehlende Zufallsstichprobe. Dieser Aspekt erscheint aus organisatorisch-pragmatischen Gründen vernachlässigbar, schließlich ist das freiwillige Engagement der Schulen zunächst eine Grundvoraussetzung für die Durchführung eines solchen Projektes, dennoch stellt sich die Frage, inwieweit die Ergebnisse und das Projektdesign auf andere Schulen übertragbar sind.

Das dritte nicht erfüllte Kriterium ist, dass die Fluktuationen in den Klassen aus organisatorisch-pragmatischen Gründen nicht berücksichtigt werden konnten. Die Anonymität der Kinder besaß einen sehr hohen Stellenwert. Ein Kodierungssystem erschien uns gerade für die ersten beiden Schuljahre sehr fehleranfällig, weshalb darauf verzichtet wurde. Von dieser Fehlerquelle war die Langzeitwirkung vermutlich stärker betroffen als die Kurzzeitwirkung. Zudem wurde dadurch die Wirksamkeit der Maßnahmen eher überschätzt als unterschätzt.

Zusammenfassend lassen sich Mängel feststellen, die sich auch an verschiedenen Stellen auf die Aussagekraft der Ergebnisse auswirken. Trotz oder vielleicht gerade wegen dieser Fehlerquellen ist das Projekt aber durchaus mustergültig für aktuelle, ganzheitliche und umfassende Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Grundschule. Eine optimalere Forschungspraxis wird sich vermutlich erst aus den Erfahrungen in derartigen Projekten entwickeln. Von den genannten Defiziten sehe ich es v.a. als zentral an, eine das Gesamtprojekt verbindende inhaltliche Konzeption zu entwickeln, damit die einzelnen Bausteine und Interventionen nicht nebeneinander stehen, sondern aufeinander aufbauen. Erst wenn solche Projekte als ein Ganzes definiert werden, können sie auch ganzheitlich wirken und dann lassen sich ganzheitliche Effekte, wie etwa auf das Sicherheits- und Gesundheitsbewusstsein, präzise bestimmen und ggf. nachweisen.

10.3 Good-Practice-Beispiele zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

10.3.1 Theoretische Grundlagen

Unter Good- bzw. sogar Best-Practice-Beispielen werden solche Verfahren und Maßnahmen aufgeführt, deren formale und inhaltliche Qualität beispielhaft für andere Konzepte und Projekte sein soll. Mit solchen Vorbildern soll zugleich ein Gradmesser wie auch ein Leitbild für nachfolgende Ansätze geliefert werden. Dieser Ansatz geht davon aus, dass Interventionen im Setting-Ansatz nur wenig standardisierbar sind,

und sich die in der medizinisch-klinischen Praxis entwickelten Instrumente zu deren Wirksamkeitsmessung nur bedingt eignen.⁹²⁷

Als Grundlage inwieweit sich gesundheitsbezogene Maßnahmen als Good-Practice-Beispiele eignen, hat die BzgA (2007)⁹²⁸ zwölf Qualitätskriterien formuliert, die als Orientierungsrahmen für die Projektentwicklung und -begutachtung herangezogen werden können. Zu diesen zwölf Kriterien zählen:

- Eine theoretisch-konzeptionelle Fundierung des Zusammenhangs von gesundheitsbezogenen Zielvorstellungen und den eingesetzten Maßnahmen.
- Die präzise Eingrenzung der Zielgruppe.
- Entweder die Implementierung eines innovativen Ansatzes, oder aber die nachhaltige Fortführung einer als erfolgreich nachgewiesenen Interventionsmaßnahme.
- Ein Konzept über die Einbindung und Qualifizierung der Multiplikatoren.
- Niederschwellige Zugangsmöglichkeiten für die Teilnehmer zu den Angeboten, bzw. eine aufsuchende Angebotsstruktur.
- Ein hoher Grad an Partizipationsmöglichkeiten für die Zielgruppe.
- Stärkung und Ressourcenförderung der Teilnehmer im Sinne des Empowerments.
- Orientierung der Maßnahmen an den Vorstellungen des Setting-Ansatzes.
- Ein integriertes Handlungskonzept, das die Vernetzung mit anderen Akteuren (Institutionen) im Sozialraum beinhaltet.
- Das Programm beinhaltet ein Qualitätsmanagement, mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung.
- Dokumentation und Evaluation des Projektes.
- Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation.

Die Autoren verwenden den Begriff „Good Practice“ an Stelle von „Best Practice“, um keine unrealistischen und utopischen Erwartungen an die Präventionspraxis zu richten. Um als ein Good-Practice-Beispiel infrage zukommen, müssen die ersten beiden Kriterien sowie drei weitere Kriterien erfüllt sein. Die endgültige Auswahl der Good-Practice-Beispiele erfolgt über ein mehrstufiges Verfahren durch verschiedene Fachberater.⁹²⁹

10.3.2 Anwendung der Kriterien auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Analog zu 10.2 sollen die zuvor beschriebenen Vorgaben zunächst auf das Projekt „Gut drauf – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ angewandt werden. Da die meisten Aspekte bereits in Tabelle 10.2 diskutiert wurden, bietet sich in Tabelle 10.3 eine verkürzte Übersicht an.

⁹²⁷ vgl. Kilian/Brandes/Lehmann: Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 97.

⁹²⁸ vgl. BzgA (Hrsg.): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, S. 18ff.

⁹²⁹ vgl. „ebd.“, S. 24f.

Tabelle 10.3: Anwendung der von der BzGA (2007) aufgestellten Kriterien für Good-Practice-Beispiele auf das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Konzeption, Selbstverständnis	<i>Wie unter 10.2.2 ausführlich thematisiert wurde, liegt hier ein Defizit vor.</i>
Zielgruppenorientierung	<i>Eine Ausweisung von Zielgruppen mit höheren Gesundheitsrisiken wurde über die Auswahl von Versuchsschulen mit unterschiedlicher Schülerklientel vorgenommen. Die einzelnen Unterrichtsmaßnahmen waren identisch, milieuspezifische Verarbeitungsmuster wurden nicht berücksichtigt (siehe auch Kapitel 7.5).</i>
Innovation und Nachhaltigkeit	<i>Das Projekt besaß einen innovativen Charakter, es hatte die Erprobung neuer Ansätze und die Wirkungsmessung eines ganzheitlichen Zugangs zum Ziel. Teilweise wurden bereits erprobte Ansätze erneut auf ihre Wirksamkeit geprüft.</i>
Multiplikatorenkonzept	<i>Ein Multiplikatorenkonzept war nicht vorgesehen.</i>
Niederschwellige Arbeitsweise	<i>Das Projekt besaß einen aufsuchenden Charakter.</i>
Partizipation	<i>Es waren eine hohe Partizipation der Lehrer und moderate, der Schulstufe entsprechende, Partizipationsmöglichkeiten von Eltern und Schülern gegeben.</i>
Empowerment	<i>Das Projekt zielte u.a. darauf ab, die Kompetenzen der Schüler hin zu einem autonomen, sicheren und gesunden Alltagshandeln zu entwickeln und zu fördern. Der Anspruch des Empowerments (vgl. Kapitel 7.4) sollte damit für die ausgewählte Altersklasse weitgehend erfüllt sein.</i>
Settingansatz	<i>Bezeichnet man den Setting-Ansatz als Zueinander von Verhaltens- und Verhältnisprävention, mit Schwerpunkt auf der Verhältnisprävention (vgl. Kapitel 7.3), so beinhaltet die Zusammenarbeit mit den außerschulischen Institutionen zwar Potenziale für eine Systemveränderung hin zu einer „Gesunden Schule“, da viele Interventionsmaßnahmen aber auf der Verhaltensebene verortet waren, blieb der Umfang an strukturellen Veränderungen letztlich gering.</i>
Vernetzung	<i>Durch die Zusammenarbeit mit den zahlreichen außerschulischen Institutionen sowie der Schulen untereinander war der Grad der Vernetzung sehr hoch.</i>
Qualitätsmanagement/-entwicklung	<i>Das Projekt wurde fortwährend wissenschaftlich begleitet. Die Erkenntnisse der jährlichen Zwischenberichte sind regelmäßig zur Verbesserung der Interventions-Praxis berücksichtigt worden. Eine weitere, informelle Quelle für die Qualitätsentwicklung bestand in der Rückmeldung der begleitenden Lehrkräfte.</i>
Dokumentation, Evaluation	<i>Das Projekt ist umfassend evaluiert und dokumentiert worden (vgl. Kapitel 9).</i>
Kosten-Nutzen-Relation	<i>Eine Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation ist nicht vorgenommen worden, ggf. haben die einzelnen Projektpartner diese intern für ihren jeweiligen Präventionsbereich durchgeführt.</i>

Das Projekt erfüllt zwar die Kriterien eines Good-Practice-Beispiels nicht in jeder Hinsicht, dürfte dennoch in der Vernetzung mit außerschulischen Einrichtungen und auch bei der Rückbindung der ersten Evaluationsergebnisse an die sich zeitlich daran anschließenden Interventionen auch einen vorbildlichen Charakter besitzen. Im Folgenden sollen ausgewiesene Good-Practice-Beispiele für die Gesundheitsförderung in der Schule vorgestellt werden.

10.3.3 Good-Practice-Beispiele für die Gesundheitsförderung in der Grundschule

Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot in Döbeln⁹³⁰

Das Konzept an der Mittelschule in Döbeln versucht im Setting-Ansatz (Projektzeitraum: 3 Jahre) eine Anlaufstelle für Schüler, Lehrer und Eltern, eine so genannte „Schulstation“ einzurichten, die Hilfe bei schulischen und familiären Problem- und Konfliktsituationen anbietet. Diese „Schulstation“ ist während des gesamten Schultags (Ganztagschule) mit zwei Sozialpädagogen besetzt. Diese stehen nicht nur fortwährend als Ansprechpartner zur Verfügung, sie organisieren zudem Entspannungs- und Erholungsangebote und führen auf personale, soziale und alltagspraktische (z.B. Bewerbungstrainings) Kompetenzen abzielende Maßnahmen durch.

Das Projekt ist wegen der folgenden Kriterien als Good-Practice-Beispiel ausgewählt worden:

- Setting-Ansatz: Das Projekt verzahnt schulische Gesundheitsförderung mit Elternarbeit und sozialpädagogischen Maßnahmen. Alle am System „Schule“ beteiligten Akteure werden berücksichtigt und angesprochen.
- Qualitätsmanagement/-sicherung: Als vorbildlich wird der Einsatz einer Steuerungsgruppe bezeichnet, die alle organisatorischen Entscheidungen durchführt, sowie die ständige Präsenz der Ansprechpartner an der Schule, sodass eine kontinuierliche Intervention stattfindet, die sich von vielfach eher punktuellen Maßnahmen abhebt. Das Programm wird durch die Hochschule Mittweida wissenschaftlich begleitet und zu mehreren Zeitpunkten auf verschiedenen Ebenen evaluiert.
- Innovation und Nachhaltigkeit: Die Innovation wird in der Einrichtung einer Schulstation und in der regional einmaligen Kooperation von Wissenschaft, öffentlicher Gesundheitsfürsorge und Schule gesehen.

„Fit und stark fürs Leben“ an der Grundschule „Am Fliederhof“ in Magdeburg⁹³¹

Das Interventionsprogramm zur Sucht- und Gewaltprävention ist bereits in Kapitel 8.4 beschrieben worden, die Inhalte und Evaluationsergebnisse sind dort nachzulesen. An der Grundschule „Am Fliederhof“ in Magdeburg wird es seit 1997 vom 1. bis zum 4. Schuljahr mit einem Umfang von 20 Unterrichtseinheiten pro Schuljahr durchgeführt. Das Projekt ist wegen der folgenden Kriterien als Good-Practice-Beispiel ausgewählt worden:

- Setting-Ansatz: In den über zehn Jahren, in denen das Programm bereits durchgeführt wird, „[...] hat sich das Lehren und Lernen grundlegend verändert. Rings um das Programm sind Aktivitäten und Traditionen entstanden, die die Grundschule als einen Ort zum Wohlfühlen, aber auch als eine leistungsorientierte Bildungseinrichtung kennzeichnen. Dafür wurden mit der Einrichtung eines Gesundheitsstudios, eines Entspannungsraumes und eines Kochstübchens auch entsprechende Veränderungen in der Ausstattung der Grundschule vorgenommen.“⁹³²

⁹³⁰ vgl. „ebd.“, S. 216ff.

⁹³¹ vgl. „ebd.“, S.242ff.

⁹³² „ebd.“, S. 245.

- Empowerment: Mit dem Programm erwerben die Kinder personale und soziale Kompetenzen („Life skills“), die sie zu eigenverantwortlichem Handeln und selbstbestimmten Entscheidungen befähigen sollen. Diese Lebenskompetenzen sollen den Schüler nicht nur in Konfliktsituationen helfen, sondern auch Sucht- und Risikoverhaltensweisen vorbeugen. Insofern es die Schüler von äußeren und inneren Abhängigkeiten schützen will, besitzt das Programm einen hohen Anteil empowernde Elemente.
- Innovation und Nachhaltigkeit: Das Programm wurde in doppelter Hinsicht wegen seiner Nachhaltigkeit als Good-Practice-Beispiel aufgeführt. Zum einen, weil es seit 1997 an der Grundschule „Am Fliederhof“ kontinuierlich angewendet wird und somit erfolgreich in das Schulleben verankert wurde, zum anderen, weil die vermittelten Inhalte die Kinder während ihres ganzen Lebens begleiten und somit nachhaltig wirken sollen.

Weitere Musterbeispiele für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung in der Grundschule wurden im Jahre 2009 mit dem Deutschen Präventionspreis⁹³³ ausgezeichnet. In drei Kategorien (gebundene Ganztagsschule, offene Ganztagsschule, Halbtagschulen) wurden erste Plätze vergeben.

1. Preis Gebundene Ganztagsschule: Heinrich-Seidel-Schule in Berlin⁹³⁴

Die Gesundheitsfördermaßnahmen der Heinrich-Seidel-Grundschule (die Schüler kommen überwiegend aus sozial schwachen Familien, zu 90% mit Migrationshintergrund) widmen sich schwerpunktmäßig der Ernährungs- und Bewegungserziehung. Die hauseigene Schulküche bietet für den Großteil der Schüler täglich eine gesunde Mahlzeit an. Durch mehrere Kooperationen konnte die Pausen-Verpflegung im Schul-Kiosk auf gesunde Lebensmittel umgestellt werden, wurde eine Koch-AG und ein Konfliktlotsenprogramm eingerichtet. Bewegungs- und Entspannungskurse sind feste Bestandteile des Unterrichts, von denen auch die kognitiven Schulleistungen der Kinder profitieren. Weitere Angebote für Lehrer (Coaching-Programm) und Eltern (Sprachkurse, Yoga-Kurse) werden durch außerschulische Partner durchgeführt und unterstreichen den hohen Stellenwert der Gesundheitsförderung an dieser Grundschule.

1. Preis Offene Ganztagsschule: Eine-Welt-Schule in Minden⁹³⁵

Auch die Eine-Welt-Schule in Minden versucht durch Ernährungs- und Bewegungserziehung sowie Konfliktraining (Faustlos-Programm, siehe auch Kapitel 5.3.4.3) die physische und psychische Gesundheit ihrer Kinder zu verbessern. Die Schul-Mensa bietet für alle Kinder ein hochwertiges und gesundes Mittagessen an (für Kinder aus sozial-schwächeren Familien übernimmt ein Sponsoring die Kosten). Drei Mahlzeiten am Tag werden von Lehrern, Erziehern und Kindern im Laufe des Schultages zusammen eingenommen, sodass sich eine gemeinsame Ess-Kultur etablierte. Zudem werden regelmäßig ernährungsbezogene Projekte durchgeführt. Die Bewegungsförderung beginnt beim Schulweg (Walking-Bus), fließt in den regulären Unterricht ein (bewegtes Lernen) und mündet in zahlreichen sportorientierten Nachmittags-AGs oder auf dem schulnahen Spielplatz. Weitere

⁹³³ www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis/2009/index.php (verfügbar am: 22.07.10).

⁹³⁴ vgl. Bundesministerium für Gesundheit; Manfred Lautenschläger Stiftung; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Deutscher Präventionspreis 2009: Preisträger und Projekte, S. 6ff.

⁹³⁵ vgl. „ebd.“, S. 14ff.

Maßnahmen beziehen sich auf die psychosoziale Gesundheit der Kinder und umfassen die Elternarbeit sowie die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe oder anderen Stadtteil-Projekten. Eine Besonderheit stellt das Eine-Welt-Dorf dar, das in mehreren Jahren Arbeit auf einem der Schule benachbarten Feld erbaut wurde. *„Entstanden ist ein Mini-Dorf, bestehend aus mehreren begehbaren Lehmhäusern. So gibt es ein 'Insektenhotel' mit Gründach und Teich, ein Haus der Religionen und ein Haus 'Nowosibirsk' mit angrenzendem Backofen zum Brot- und Pizzabacken.“*⁹³⁶

1. Preis Halbtagsgrundschule: Fridtjof-Nansen-Schule in Hannover⁹³⁷

(Die Fridtjof-Nansen-Schule ist zuvor bereits in Kapitel 8.5 als Projektschule des Pilotprojekts „Arbeitsplatz Schule“ (1999-2003) erwähnt worden.) Die Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz wird nachdrücklich im Schulprogramm der Fridtjof-Nansen-Schule, *„Schule als lernendes System im Stadtteil“*, betont.⁹³⁸ Zentrales strukturelles Element einer weitreichenden und umfassenden Gesundheitsförderung ist die Zusammenarbeit mit zahlreichen außerschulischen Einrichtungen und Gruppen. So bereiten Mütter im „Elterncafés“ jeden Morgen ein gesundes Frühstück zu, das in allen Klassen an die Kinder verteilt wird. Die Schule liegt in einem sozialen Brennpunkt und immer wieder kommen Kinder ohne Frühstück und Pausenbrot in die Schule. Das „Elterncafé“ ist Anlaufstelle für Eltern, die Rat suchen, es organisiert Sprachkurse und fördert generell die Zusammenarbeit von Lehrern und Eltern. Weitere Kooperationen bestehen mit der Landesvereinigung Gesundheit, dem örtlichen Gesundheitsamt sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Bewegungs- und Haltungsförderung in Wiesbaden. Diese Einrichtungen bieten Fortbildungen für Lehrer an und arbeiten kontinuierlich Ideen zu Verbesserung der Gesundheitsfördermaßnahmen aus. Die geschulten Lehrer fungieren dabei nicht nur gegenüber Schülern und Eltern als Multiplikatoren, sondern führen auch Lehrerfortbildungen an anderen Schulen durch.

Neben der Ernährungserziehung liegt ein zentraler Baustein auf der Bewegungsförderung. Dazu wird der Unterricht nach Möglichkeit über bewegte Lernformen organisiert und wurde für eine zu Bewegung anregende Ausstattung (Schulmöbel, Schulgebäude- und Schulhofgestaltung) gesorgt: *„Überall auf den Gängen der Fridtjof-Nansen-Grundschule sind Matten ausgelegt, von den Decken hängen Seile, aber auch kleine Kletteranlagen sind an Wänden und Decken installiert.“*⁹³⁹ Auch die im Pilotprojekt „Arbeitsplatz Schule“ (s.o.) erprobten ergonomischen Schulmöbel sind weiterhin im Einsatz. Weitere Aktivitäten widmen sich der Gewaltprävention, hierzu wurde ein Streitschlichter-Programm eingeführt, das von einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin begleitet wird.

10.4 Bewertung des Projekts „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“

Wie in diesem Kapitel aufgezeigt werden sollte, befindet sich die Wirkungsforschung und Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung an der Grundschule in mancher

⁹³⁶ „ebd.“, S. 15.

⁹³⁷ vgl. „ebd.“, S. 30ff.

⁹³⁸ vgl. www.fns-online.de/schulpro/index.html (verfügbar am: 26.07.10).

⁹³⁹ Bundesministerium für Gesundheit; Manfred Lautenschläger Stiftung; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Deutscher Präventionspreis 2009: Preisträger und Projekte, S. 32.

Hinsicht noch in einer Entwicklungsphase. Dies trifft v.a. auf die Evaluation von ganzheitlich konzeptionierten und umfangreich angelegten Interventionsansätzen zu. Je komplexer und vielschichtiger die Maßnahmen, desto schwieriger gestaltet sich die Wirkungsmessung. Argumente, denen zu Folge ein an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin orientiertes Evaluationsparadigma für ganzheitliche Konzepte im Setting-Ansatz generell ungeeignet sei, tragen allerdings kaum zur Klärung dieser Forschungslücke bei. Dennoch empfiehlt es sich meines Erachtens, Fehlerquellen und Schwachstellen nachsichtig zu bewerten, da sich die hohen Standards randomisierter kontrollierter Studien kaum in jeder Hinsicht fehlerfrei auf eine alltagsnahe Präventionspraxis übertragen lassen.

Auch das Projekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ krankte an einigen unauflösbaren Problemstellen. Diese, das zeigen auch die unter 10.3.3 ausgewiesenen Musterprojekte, lassen sich häufig nur durch ein „Mehr an...“ lösen, was häufig gleichbedeutend ist mit einem „Weniger“ an etwas anderem. So wäre das in 10.2.2 ausgewiesene konzeptionell-theoretische Defizit etwa zwar durch eine Steuerungsgruppe (vgl. die Gesundheitsfördernde Schule in Döbeln) sinnvoll zu bewältigen gewesen, dies wäre aber gleichbedeutend gewesen mit einem Mehr an aufgewendeten Kapazitäten (Personal, Zeit, Geld) und mit einem Mehr an Vorgaben und Kontrolle. Gerade eine langfristige Konzeption, wie das vier-jährige „Gut drauf!“-Projekt, verursacht bei einem größeren Ressourceneinsatz auf Dauer wesentlich höhere Kosten. Höhere Kosten reduzieren aber die Effizienz und erschweren die über den eigentlichen Projektzeitraum hinausgehende Verstetigung der Maßnahmen. Mehr Vorgabe und Reglementierung durch die Organisation gehen zur Lasten der Gestaltungsfreiheit einzelner Projektpartner und der spezifischen Anpassung der Inhalte an die jeweilige Schulklasse.

Die methodischen Schwierigkeiten im Projekt - a) keine Zufallsstichprobe, sondern die Arbeit mit bestehenden, durchaus heterogenen Schulklassen, und b) hohe Fluktuation innerhalb der Klassen während der vier Schuljahre - lassen sich meines Erachtens kaum pragmatisch lösen. Wären immer nur die Kinder berücksichtigt worden, die von Beginn des 1. Schuljahres an kontinuierlich in den jeweiligen Klassen waren, wäre die Versuchsgruppe bei der Abschlussbefragung auf eine kleine Gruppe zusammengeschrumpft. Dies hätte neue Schwierigkeiten provoziert: die Anonymität der Kinder wäre kaum noch gewährleistet gewesen und Ergebnisse hätten vermutlich nur noch eine geringe Aussagekraft besessen. Insofern wurden in diesem Fall zwar Empfehlungen der Qualitätssicherung nicht erfüllt, dennoch erscheint mir die gleichwertige Berücksichtigung aller Kinder als bestmögliche, evtl. sogar einzig umsetzbare, Lösung. Die hohen Standards randomisierter kontrollierter Studien waren demnach nicht im vollen Umfang realisierbar.

Weiterhin weisen die ausgewiesenen Good-Practice-Beispiele auf den Unterschied zwischen den vernetzten Maßnahmen an einer per Selbstdefinition, z.B. über das Schulprogramm, „Gesunden Schule“ hin - an denen die Gesundheitsförderung durch kontinuierliche Verhaltensprävention und bereits implementierte Verhältnisprävention wesentlich selbstverständlicher im Schulalltag und im Bewusstsein aller Beteiligten verankert ist - und solchen Schulen, die sich (noch) nicht als gesundheitsfördernde Schule verstehen. An diesen Schulen fehlt evtl. ein gesundheitsbezogener Schulethos, der die Wirksamkeit von Intervention erhöht. Auf der anderen Seite

können solche Interventionsprojekte den Anstoß für eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit außerschulischen Einrichtungen und für eine dauerhafte Beschäftigung mit gesundheitsfördernden Themen liefern. Im Fall einer solchen Initialzündung wäre die Projektwirkung ungleich höher und nachhaltiger als sie es mit den vielfach auch zeitlich begrenzten Mitteln der Evaluationsforschung nachweisbar ist.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten: Die Frage nach der Qualität von Interventionsmaßnahmen lässt sich im Einzelfall nicht immer endgültig beantworten. Auch die Gesundheitsförderung in der Grundschule steht vor dem pädagogischen Dilemma mit auf messbare Parameter reduzierte, materielle Bildungsziele alleine nicht zufrieden sein zu können, und alle auf Veränderung von Einstellungen und „Bewusstseinszuständen“ liegenden Erziehungsziele nur begrenzt messen zu können. Für die Entwicklung von Gesundheitsfördermaßnahmen in der Grundschule identifiziere ich zwei neuralgische Punkte, an denen das Pilotprojekt „Gut drauf! - Sicherheit und Gesundheit für Kinder in der Primarstufe“ eher ungünstige Voraussetzungen besaß:

- 1) Die Vernetzung der Interventionsgruppe. Im Projekt „Gut drauf!“ fungierte die Projektleitung in erster Linie auf der organisatorischen Ebene. Die Projektorganisation lief problemlos, Zeitpläne wurden eingehalten, auftretende Konflikte gelöst, Anregungen berücksichtigt und gewonnene Erkenntnisse im weiteren Projektverlauf aufgegriffen. Eine methodisch-konzeptionelle Lenkung eines ambitionierten und ganzheitlichen Ansatzes blieb dagegen aus und es kam eher zu einem Nebeneinander als einem Zueinander verschiedener Interventionsansätze. Eine Steuerung der inhaltlich-methodischen Gestaltung von vernetzten Maßnahmen erscheint mit äußerst sinnvoll, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu erhöhen.
- 2) Die Vernetzung der Inhalte. Eine vom Selbstverständnis her „Gesundheitsfördernde Schule“ begünstigt die Aufnahme und Verarbeitung der zu vermittelnden Inhalte in den Alltag von Schülern, Eltern und Lehrern. An diesen Schulen muss gesundheitsbezogene Intervention keine Systemgrenzen (durch die möglicherweise unterschiedliche Deutungsmuster und Wertvorstellungen virulent sind) überwinden (vgl. Kapitel 4.2.1 und 4.2.2.2), da ihr Stellenwert als besonderer Lerngegenstand in den Lern- und Arbeitsalltag aller Beteiligten integriert ist. Das Lehrerkollegium an den beiden Versuchsschulen war zwar sehr engagiert und durchaus gesundheitsorientiert, es fehlte m.E. aber die Erfahrung, die zu einer optimaleren Nutzung und Weiterverarbeitung der durch die außerschulischen Institutionen getragenen Inhalte verholfen hätte. Auf der anderen Seite sind Pilotprojekte gerade an Schulen ohne bereits bestehendes Gesundheitskonzept von großer Bedeutung, damit diese sich hin zu gesundheitsorientierten Strukturen weiterentwickeln können.

An Positivem bleibt festzuhalten, dass zahlreiche Erfolge der in den Versuchsklassen durchgeführten Interventionsmaßnahmen festzustellen waren (siehe Kapitel 9). Die Erfolge zeigten sich vorwiegend in den alltagspraktischen Bereichen, wie dem Absetzen eines Notrufs, dem sicheren Umgang mit Zündmitteln, der selbstständigen Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Ob von diesen Interventionserfolgen auf eine nachhaltige Verbesserung des Sicherheits- und Gesundheitsbewusstseins

geschlossen werden darf, lässt sich ohne eine weiterführende Längsschnittstudie nicht klären. Allerdings können auch temporäre Effekte, die von den Kontrollklassen durch Alltagserfahrungen aufgeholt werden, einen wichtigen Präventionserfolg, etwa bei der Unfallprävention, darstellen. Generell stellt sich die Frage nach der angemessenen Erwartungshaltung bei derartigen Interventionsprojekten. Wie realistisch darf man von einer nachhaltig messbaren Wirkung bei 2-4 zusätzlichen Unterrichtsstunden angesichts der in den Kapitel 4 und 5 beschriebenen, komplexen Wirkungszusammenhänge ausgehen. Die Kenntnisse der Schüler zu den Verkehrszeichen waren trotz der umfangreichen Theorie innerhalb der Radfahrausbildung noch defizitär (vgl. Tabelle 9.12). An die regulären Schulfächer wird kein vergleichbarer Anspruch gestellt: Kaum jemand erwartet, dass zwei Stunden Förderunterricht in Mathematik, eine bestehende, durch verschiedene Faktoren bedingte Rechenschwäche vollständig zu kompensieren vermag. Vor diesem Hintergrund sind nicht nur die nachgewiesenen Effekte wesentlich bemerkenswerter als die Stellen, an denen solche Interventionserfolge ausblieben, es zeigt auch die generellen Grenzen einer Projekt-Intervention.

Nachhaltige Gesundheitsförderung, so das Fazit, lässt sich nur innerhalb eines gesundheitsfördernden Setting berechtigt denken. An Schulen, die sich selbst bereits als eine „Gesunde Schule“ dürfte sie den höchsten Wirkungsgrad erzielen. Gesundheitsförderung ist in erster Linie der alltägliche Umgang mit gesundheitsbezogenen Themen. Projektbezogene Intervention kann diese tägliche Gesundheitsarbeit sinnvoll ergänzen oder sogar den Weg zu einem gesundheitsfördernden Selbstverständnis in der Grundschule bereiten.

11 Literatur

- Ahrens, W.; Hassel, H.; Hebestreit, A.; Peplies, J.; Pohlabein, H.; Suling, M.; Pigeot, I.: IDEFICS – Ursachen und Prävention ernährungs- und lebensstilbedingter Erkrankungen im Kindesalter. In: Ernährung – Wissenschaft und Praxis. Heft 7/2007, S. 314-321.
- Altgeld, T.; Kolip, P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004, S. 41-54.
- Antonovsky, A.: Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass 1979.
- Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass 1987.
- AOK Westfalen-Lippe & Weserberglandklinik Höxter (Hrsg.): AOK-Kinderrückenschule: Mach mit bei Felix Fit. Halver: Wilhelm Bell 1995.
- Aßhauer, M.; Hanewinkel, R.: Fit und stark fürs Leben – Prävention des Rauchens durch Vermittlung psychosozialer Kompetenzen. In: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.): Suchtvorbeugung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen. Eine Handreichung für die Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Baden-Württemberg: Stuttgart: Kurz 2004, S. 33-40.
- Badura, B.: Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Beltz 1993, S. 63-90.
- Badura, B.; Iseringhausen, O.; Strodtholz, P.: Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 182 -222.
- Bandura, A.: Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman 1997.
- Bäuerle, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule. München: Kösel 1996.
- Ball, J.; Lohaus, A.: Kindliche Krankheitskonzepte. Ein Überblick über die Forschungslage. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Heft 18/2010, S. 3-12.
- Barth H.D.: Kinder haben keine Bremse. Verkehrserziehung für Kinder ab drei Jahren. Niederhausen: Falken 1994.
- Barth, J.; Bengel, J.: Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. Köln: BzgA 1998.
- Bauer, U.: Selbst- und/oder Fremdsozialisation: Zur Theoriedebatte in der Sozialisationsforschung. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, Heft 2/2002, S. 118-142.
- Bauer, U.: Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Bielefeld: VS-Verlag 2005.
- Bauer, U.; Bittlingmayer, U.H.: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 781-818.
- Beck, U.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1986.
- Bednorz, P.; Schuster, M.: Einführung in die Lernpsychologie (3. Auflage). München: Reinhardt 2002.
- Bellenberg, G.; Klemm, K.: Die Grundschule im deutschen Schulsystem. In: Einsiedler/Götz/Hacker/Kahlert/Keck/Sandfuchs (Hrsg.): Handbuch

- Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik (2. Auflage). Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2005, S. 30-37.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BzGA 2002.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., Rottmann, N.: Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen - Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: BzGA 2009.
- Bergmann K.E., Bergmann R.L.: Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004, S. 55-62.
- Bodenmann, G.; Perez, M.; Schär, M.; Trepp, A.: Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie. Bern: Hans Huber 2004.
- Bös, K.; Tittlbach, S.; Pfeifer, K.; Stoll, O.; Woll, A.: Motorische Verhaltenstests. In: Bös (Hrsg.): Handbuch Motorische Test (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe 2001, S. 1-208.
- Bös, K.; Worth, A.; Oppen, E.; Oberger, J.; Woll, A. (Hrsg.): Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos 2009.
- Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Auflage). Heidelberg: Springer 2006.
- Bott, K.: Kriminalitätsvorstellungen in der Kindheit. Eine explorative, kriminalsoziologische Studie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2008.
- Bourdieu, P.: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1982.
- Breithecker, D.: Arbeitsplatz Schule – Wie sieht das Klassenzimmer der Zukunft aus? In: Haltung und Bewegung, Heft 25/2005, S. 17-22.
- Brettschneider, W.D.; Kleine, T.: Jugendarbeit in Sportvereinen – Anspruch und Wirklichkeit. Eine Evaluationsstudie. Schorndorf: Hofmann 2002.
- Brettschneider, W.D.; Kleine, T.; Brandl-Bredenbeck, H.P.: „Jugendarbeit in Sportvereinen – Anspruch und Wirklichkeit“ - Eine Evaluationsstudie zur Leistungsfähigkeit der Sportvereine in Nordrhein-Westfalen. In: Spektrum der Sportwissenschaft, Heft 14/2002, S. 81-100.
- Bronfenbrenner, U.: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett 1981.
- Buddeberg-Fischer, B.; Ritzmann, P.: Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Schule. Ein Bericht aus dem Schulalltag. Bern: Haupt 2000.
- Bünemann, A.: Mediennutzung im Heranwachsendenalter - Ursache für steigende Übergewichtsprävalenzen? In: Sportunterricht, Heft 12/2005, S. 362-367.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST): Sicherung durch Gurte, Helme und andere Schutzsysteme 2008. Kontinuierliche Erhebung zum Schutzverhalten von Verkehrsteilnehmern 2008. Unveröffentlichter Bericht zum Forschungsprojekt 82.320/2007. 2009.
- Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“ e.V. (Hrsg.): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland. Grundlagen und strategische Ziele. Bonn: Moser Druck + Verlag GmbH 2007.
- Bundesgesundheitsblatt: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007.
- Bundesministerium des Inneren: Dritter Versorgungsbericht der Bundesregierung. Berlin: 2005.

- Bundesministerium für Gesundheit; Manfred Lautenschläger Stiftung; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Deutscher Präventionspreis 2009. Preisträger und Projekte. o.O.: Bösmann 2009.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: Mobilität in Deutschland 2008. Kurzbericht. Bonn: o.V. 2010.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: Mobilität in Deutschland 2008. Tabellenband. Bonn: o.V. 2010.
- Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Gewalt an Schulen. Ein empirischer Beitrag zum gewaltverursachten Verletzungsgeschehen an Schulen in Deutschland 1993-2003. München: o.V. 2005.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Achtsamkeit und Anerkennung. Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in der Grundschule. Köln: BzG 2002.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG) (Hrsg.): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele – Weiterführende Informationen (3. Auflage). Köln: BzG 2007.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG) (Hrsg.): Unterrichtsmaterial zu Ernährungserziehung in der Grundschule. Eine bundesweite Bestandsaufnahme. Köln: BzG 2009.
- Burkert, S.; Sniehotta, F.F.: Selbstregulation des Gesundheitsverhaltens. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe 2009, S. 98-105.
- Burrow, F.; Aßhauer, M.; Hanewinkel, R.: Fit und stark fürs Leben. 1. und 2. Schuljahr Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht. Leipzig: Klett Grundschulverlag 1998.
- Burrow, F.; Aßhauer, M.; Hanewinkel, R.: Fit und stark fürs Leben. 3. und 4. Schuljahr Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Streß und Sucht. Leipzig: Klett Grundschulverlag 1999.
- Carey, S.: Conceptual Change in childhood. Cambridge (USA): MIT Press 1985.
- Casper, W.; Wiesner, G.: Mortalität im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip/Hurrelmann/Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa 1995, S. 69-86.
- Cierpka, M.: „...und da hat er ihr einfach eine vors Schienbein gegeben, einfach so!“. In: Cierpka (Hrsg.): Möglichkeiten der Gewaltprävention (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008, S. 59-88.
- Cierpka, M.: FAUSTLOS - wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen (6. Auflage). Freiburg: Herder 2009.
- Cole, T.J.; Bellizzi, M.C.; Flegal, K.M.; Dietz, W.H.: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. In: British Medical Journal. Nr. 320/2000, Pp. 1240-1243.
- Cromm, J.: Gesundheitserziehung in der Schule vom Kaiserreich bis zur Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Ehmer/Ferdinand/Reulecke (Hrsg.): Herausforderung Bevölkerung. Zur Entwicklung des modernen Denkens über die Bevölkerung vor, in und nach dem „Dritten Reich“. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007, S. 163-179.
- Currie, C.; Gabhainn, S.N.; Godeau, E.; Roberts, C.; Smith, R.; Currie, D.; Pickett, W.; Richter, M.; Morgan, A. & Barnekow, V. (eds.): Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. Edinburgh: WHO 2008.

- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Bundesverband der Unfallkassen (BUV) & Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (GUVV W-L) (Hrsg.): Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. Lüneburg: DAK 2006.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hrsg.): Statistik – Makrodaten, Schülerunfälle. München: o.V. 2009.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe. Band 3. Hamm: DHS 2004.
- Deutscher Sportbund (Hrsg.): WIAD-Studie. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Kurzfassung der Untersuchung auf Basis einer sekundäranalytischen Sichtung, einer repräsentativen Befragung bei 12- bis 18-Jährigen und eines Bewegungs-Check-ups in Schulen. Frankfurt a.M.: o.V. 2001.
- Deutscher Sportbund (Hrsg.): DSB-SPRINT-Studie. Eine Untersuchung zur Situation des Schulsports in Deutschland. Aachen: Meyer & Meyer 2006.
- Deutscher Sportbund & AOK Bundesverband (Hrsg.): WIAD-AOK-DSB-Studie II. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Frankfurt: Kunze & Partner 2003.
- Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen (16. Auflage). Reinbek: Rowohlt 2006.
- Dlugosch, G.E.: Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger/Schmidt (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke 1994, S. 101-118.
- Donabedian, A.: Criteria and standards for quality assessment and monitoring. In: Quality Review Bulletin, Nr. 12/1986, Pp. 99-108.
- Dordel, S.: Kindheit heute: Veränderte Lebensbedingungen = reduzierte motorische Leistungsfähigkeit? Motorische Entwicklung und Leistungsfähigkeit im Zeitwandel. In: Sportunterricht, Heft 11/2000, S. 341-349.
- Dordel, S.; Breithecker, D.: Bewegte Schule als Chance einer Förderung der Lern- und Leistungsförderung. In: Haltung und Bewegung, Heft 23/2003, S. 5-15.
- Dordel, S.: Zur Körperwahrnehmung von Kindern mit unterschiedlichem Gewichtsstatus. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. St. Augustin: Academia 2005, S. 74-88.
- Dordel, S.; Kleine, W.: Motorische Leistungsfähigkeit und Gesundheit / Gesundheitsverhalten übergewichtiger und adipöser Schulkinder. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. St. Augustin: Academia 2005, S. 110-132.
- Dreher, E.: Entwicklungspsychologie des Kindes. In: Einsiedler/Götz/Hacker/Kahlert/Keck/Sandfuchs (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik (2. Auflage). Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2005, S. 146-154.
- Dückers-Klichowski, S.: Burnout bei Lehramtsanwärtern im Primarbereich. Berlin: Logos 2005.
- Dühlmeier, B.: Reformschulen in Deutschland. In: Jürgens/Standop (Hrsg.): Taschenbuch Grundschule. Grundschule als Institution. Band 1. Baltmannsweiler: Schneider 2008, S. 37-49.
- Dür, W.: Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Bern: Hans Huber 2008.
- Eich, U.; Lohmeyer, J.A.; Siemers, F.; Mailänder, P.: Thermische Verletzungen im Kindes- und Jugendalter. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, Heft 4/2009, S. 350-355.

- Einsiedler, W.; Götz, M.; Hacker, H.; Kahlert, J.; Keck, R.W.; Sandfuchs, U. (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik (2. Auflage). Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2005.
- Einsiedler, W.; Martschinke, S.; Kammermeyer, G.: Die Grundschule zwischen Heterogenität und gemeinsamer Bildung. In: Cortina/Baumert/Leschinsky/Mayer/Trommer (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik. Strukturen und Entwicklungen im Überblick. Reinbek: Rowohlt 2008, S. 325-374.
- Ekelund, U.; Anderssen, S.A.; Froberg, K.; Sardinha, L.B.; Andersen, L.B.; Brage, S. & European Youth Heart Study Group: Independent associations of physical activity and cardiorespiratory fitness with metabolic risk factors in children: the European youth heart study. In: Diabetologia, Nr. 50/2007, Pp. 1832-1840.
- Ellsäßer, G.: Thermische Verletzungen im Kindesalter. Expertise im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Kindersicherheit. o.O.: o.V. 2001. Verfügbar unter: www.kindersicherheit.de/html/expertisetherm.html (20.07.10).
- Ellsäßer, G.: Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland. Expertise für die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V. Bonn: o.V. 2004.
- Ellsäßer, G.; Diepgen, T.: Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt. Band 45, 2002, S. 267-276.
- Emundts, M.: Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen bildungspolitischer Diskussion. In: Priebe/Israel/Hurrelmann (Hrsg.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim: Beltz 1993, S. 279-294.
- Engel, G.L.: Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung für die Biomedizin. In: Keupp (Hrsg.): Normalität und Abweichung. München: Urban & Schwarzenberg 1979, S. 63-85.
- Erhart, M.; Ottova, V.; Nickel, J.; Richter, M.; Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U.: Gesundheit, Jugend und sozialer Kontext - Ergebnisse der zweiten HBSC Jugendgesundheitsstudie für Deutschland. In: Pädagogisches Journal. Heft 010/2008.
- Eschenbeck, H.: Bewältigung alltäglicher Stresssituationen von Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick zum Einfluss von Belastungen, Alter und Geschlecht. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Heft 18 (3)/2010, S. 103-118.
- Ettischer, H.: Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Köln: BzGA 2000.
- Evans, R.I.: Prevention of smoking in adolescence: Conceptualization and intervention strategies of a prototypical research program. In: Maes/Spielberger/Defares/Sarason (eds.): Topics in health psychology. Chichester: Wiley 1988, Pp. 107-125.
- Fachverlag für die Gesundheitskasse in Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt und der AOK Ennepe-Ruhr (Hrsg.): Aktion „Schulranzen-TÜV“. Halver: Wilhelm Bell 1993.
- Faltermaier, T.: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz PVU 1994.
- Faltermaier, T.: Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit: Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In: Flick (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa 1998, S. 70-86.

- Faltermaier, T.; Kühnlein, I.; Burda-Viering, M.: Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa 1998.
- Faltermaier, T.: Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer 2005.
- Fischer, A.: Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens. Band 2. Hildesheim: Olms 1965.
- Fischer, K.: Einführung in die Psychomotorik. München: E. Reinhardt 2001.
- Flick, U.: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. In: Flick (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa 1998, S. 7-32.
- Flick, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa 1998.
- Flüßel, H.P.; Leschinsky, A.: Der institutionelle Rahmen des Bildungswesens. In: Cortina/Baumert/Leschinsky/Mayer/Trommer (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik. Strukturen und Entwicklungen im Überblick. Reinbek: Rowohlt 2008, S. 131-204.
- Fuchs, M.; Lamnek, S.; Luettker, J.; Baur, N.: Gewalt an Schulen (2. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2009.
- Gerhards, J.; Rössel, J.: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Köln: BzGA 2003.
- Görtemaker, M.: Deutschland im 19. Jahrhundert. Entwicklungslinien (5. Auflage). Opladen: Leske + Budrich 1996.
- Gorey, T.; Marshall, S.J.; Biddle, S.J.: Couch kids: correlates of television viewing among youth. In: International Journal of Behavioral Medicine, Nr. 11/2004, S. 152-163.
- Graf, C.; Koch, B.; Dordel, S.: Körperliche Aktivität und Konzentration – gibt es Zusammenhänge? In: Sportunterricht, Heft 52/2003, S. 142-146.
- Graf, C.: Das CHILT Projekt – Children's Health InterventionAL Trial. In: Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. St. Augustin: Academia 2005, S. 156-175.
- Graf, C.; Koch, B.; Falkowski, G.; Jouck, S. Christ, H.; Staudenmaier, K.; Tokarski, W.; Gerber, A.; Predel, H.G.; Dordel, S.: School-based prevention: Effects of obesity and physical performance after 4 years. In: Journal of Sport Science, Nr. 26/2008, Pp. 987-994.
- Gudjons, H.: Handlungsorientiert lehren und lernen. Schüleraktivierung, Selbsttätigkeit, Projektarbeit (7. Auflage). Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2008.
- Gudjons, H.: Pädagogisches Grundwissen (6. Auflage). Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1999.
- Gugel, G.: Handbuch Gewaltprävention in der Grundschule. Grundlage - Lernfelder-Handlungsmöglichkeiten. Tübingen: Institut für Friedenspädagogik 2007.
- Hagemann, W.: Burn-out bei Lehrern: Ursachen, Hilfen, Therapien. München: Beck 2003.
- Hanewinkel, R.; Aßhauer, M.: Fit und stark fürs Leben. Universelle Prävention des Rauchens durch Vermittlung psychosozialer Kompetenzen. In: Suchttherapie, Heft 4/2003, S. 197-199.
- Hanewinkel, R.; Wiborg, G.: Förderung des Nichtrauchens in der Schule: Ergebnisse einer prospektiven kontrollierten Interventionsstudie. In: Sucht, Heft 49/2003, S. 333-341.
- Hebestreit, A.; Ahrens, W.: Relationship between dietary behaviours and obesity in European children. In: International Journal of Pediatric Obesity, Nr. 1/2010, Pp. 45-47.

- Heinrichs, N.; Saßmann, H.; Hahlweg, K.; Perrez, M.: Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. In: Psychologische Rundschau, Heft 53 (4), 2002, S. 170-183.
- Heinze, A.: Kindgerechte Verkehrserziehung. Eine Konzeption der Verkehrserziehung für die Grundschule auf der Grundlage einer vergleichenden Analyse von Schulwegsituationen aus der Sicht von Grundschulern. Hamburg: Kovac 2002.
- Helmert, U.; Bammann, K.; Voges, W.; Müller, R. (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa 2000.
- Herzlich, C.: Health and illness: a social psychological analysis. London: Academic press 1973.
- Hillman, C.H.; Erickson, K.I.; Kramer, A.F.: Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. In: Nature Reviews Neuroscience (9), Nr. 1/2008, Pp. 58-65.
- Höfer, R.: Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen: Leske + Budrich 2000.
- Hölling, H.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 784-793.
- Hölling, H.; Schlack, R.: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 794-799.
- Hörmann, G.: Gesundheitserziehung. In: Einsiedler/Götz/Hacker/Kahlert/Keck/Sandfuchs (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik (2. Auflage). Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2005, S. 689-706.
- Hoffmann, A.; Brand, R.; Schlicht, W.: Körperliche Bewegung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 201-220.
- Hollmann, W.: Prävention von Bewegungsstörungen. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004, S. 97-110.
- Holodyski, M.; Oerter, R.: Motivation, Emotion und Handlungsregulation. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002. S. 551-589.
- Holte, H.: Der automobile Mensch. Schlaglichter auf das Verhalten im Straßenverkehr. Köln: TÜV Media 2007.
- Homfeldt, H.G.; Barkholz, U.: Eckpunkte schulpraktischer Gesundheitsförderung. Entwicklungen und Ergebnisse des Modellversuchs 'Gesundheitsförderung im schulischen Alltag'. In: Priebe/Israel/Hurrelmann (Hrsg.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim: Beltz 1993, S. 76-97.
- Hopf, A.: Grundschule und außerschulische Institutionen. In: Einsiedler/Götz/Hacker/Kahlert/Keck/Sandfuchs (Hrsg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik (2. Auflage). Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2005, S. 97-101.
- Hoyer, J.; Herzberg, P.Y.: Optimismus. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe 2009, S. 68-73.

- Hradil, S.: Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung, Mobilität. In: Korte/Schäfers (Hrsg.): Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie (5. Auflage). Opladen: Leske + Budrich 2000, S. 193-216.
- Hradil, S.: Soziale Ungleichheit in Deutschland (8. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2005.
- Hund, W.: Sicherheitserziehung an Schulen. Kultusministerielle Erlasse und Vorschriften erfolgreich und schülernah umgesetzt. Mülheim: Verlag an der Ruhr 2002.
- Hurrelmann, K.: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, physische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa 1994.
- Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (5. Auflage). Weinheim: Juventa 2003.
- Hurrelmann, K.: Einführung in die Sozialisationstheorie (9. Auflage). Weinheim: Beltz 2006.
- Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004.
- Hurrelmann, K.; Laaser, U.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 749-780.
- Icks, A.; Rathmann, W.: Prävention von Diabetes und Adipositas. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004, S. 169-178.
- Illi, U.: Bewegte Schule. Die Bedeutung und Funktion der Bewegung als Beitrag zu einer ganzheitlichen Gesundheitsbildung im Lebensraum Schule. In: Sportunterricht, Heft 10/1995, S. 404-415.
- Inchley, J.; Muldoon, J.; Currie, C.: Becoming a Health Promoting School: Evaluating the Process of Effective Implementation in Scotland. In: Health Promotion International, Heft 22-1/2006, Pp. 65-71.
- International Obesity TaskForce (eds.): Childhood Obesity Report. London: IASO 2004.
- Isensee, B.; Hanewinkel, R.: Klasse 2000 - Evaluation des Unterrichtsprogramms in Hessen. Abschlussbericht. Kiel: IFT 2009.
- Jerusalem, M.: Ressourcenförderung und Empowerment. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe 2009, S. 175-187.
- Jerusalem, M.: Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 31-57.
- Jung, G.; Schlegel, M.: Zu-Fuß-zur-Schule-Tag. In: Die Grundschulzeitschrift, Heft 224/2009, S. 33-35.
- Kahl, H.; Dortsch, R.; Ellsäßer, G.: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 718-727.
- Kammermeyer, G.: Schulfähigkeit. In: Christiani, R. (Hrsg.): Schuleingangsphase neu gestalten. Berlin: Cornelsen Scriptor 2004, S. 54-64.
- Kamtsiuris, P.; Atzpodien, K.; Ellert, U.; Schlack, R.; Schlaud, M.: Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

- Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 686-700.
- Kemper, H.: Theorie pädagogischer Institutionen. In: Roth (Hrsg.): Pädagogik. Handbuch für Studium und Praxis (2. Auflage). München: Oldenbourg 2001, S. 353-364.
- Kilian, H.; Brandes, S.; Lehmann, F.: Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2009, S. 97-114.
- Klein-Heßling, J.: Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 13-30.
- Klett, K.: Gewalt an Schulen. Eine deutschlandweite Online-Schüler-Befragung zur Gewaltsituation an Schulen. Köln: o.V. 2005. Verfügbar unter: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=978110749> (20.01.10).
- Klotter, C.: Einführung Ernährungspsychologie. München: Reinhardt 2007.
- Klotter, C.: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben? Eine Streitschrift zur Gesundheitsförderung. München: Reinhardt 2009.
- Klüsche, W.: Praxis der Verkehrserziehung im Kindergarten und Grundschulalter. Psychologische Grundlagen mit erprobten Anwendungsmodellen. Freiburg: Herder 1981.
- Klupsch-Sahlmann, R.: Schulprogramm und Bewegte Schule. In: Hildebrandt-Stratmann (Hrsg.): Bewegte Schule – Schule bewegt gestalten. Baltmannsweiler, Schneider 2007, S. 86-96.
- Köck, P.: Wörterbuch für Erziehung und Unterricht. Das bewährte Fachlexikon für Studium und Praxis. Augsburg: Brigg Verlag 2008.
- König, J.: Selbstevaluation in der Gesundheitsförderung: Perspektiven und Methode. In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2009, S. 295-312.
- Konietzka, D.: Lebensstile im sozialstrukturellen Kontext. Opladen: Westdeutscher Verlag 1995.
- Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel P.E.: Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip/Hurrelmann/Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa 1995, S. 7-24.
- Kolip, P.; Lademann, J.: Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 625-652.
- Kottmann, L.; Küpper, D.: Gesundheitserziehung. Gewohnheiten, Einstellungen, Kompetenzen entwickeln. Baltmannsweiler: Schneider 1996.
- Kramer, F.; Pollnow, H.: Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Heft 82/1932, S. 1-40.
- Krannich, S.; Sanders, M.; Ratzke, K.; Diepold, B.; Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 46/1997, S. 236-247.

- Krappmann, L.: Sozialisation in der Gruppe der Gleichaltrigen. In: Hurrelmann/Ulich (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung (6. Auflage). Weinheim: Beltz 2002, S. 355-375.
- Krause, C.: Ich bin Ich. Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung in Kindergärten und Schulen. Dokumentation zum 12. bundesweiten Kongress Armut und Gesundheit in Berlin 2006.
- Krause, C.: Umgang mit Stress und Angst. Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung. In: Die Grundschulzeitschrift, Heft 21/2007, S. 10-15.
- Krause, C.; Wiesmann, U.; Hannich, H.J.: Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern. Lengerich: Pabst Science Publishers 2004.
- Kreispolizeibehörde Schwelm: Daten zur Kriminalitätsstatistik und zur Unfallentwicklung im Jahre 2001 im Bereich der KPB Schwelm.
- Kreispolizeibehörde Schwelm. Verkehrsunfallstatistik 2008 – mit Vergleich zu den Jahren 2007/2006/2005.
- Kretzschmer, J.: Beweismangel für Bewegungsmangel. In: Sportpädagogik, Heft 5,6/2003, S. 64-67.
- Kretzschmer, J.: FAQ: Wie fit sind unsere Grundschüler? In: Sportpraxis, Heft 4/2004, S. 4-9.
- Kretzschmer, J.: Und sie bewegen sich doch. In: Fritz/Klupsch-Sahlmann/Ricken (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule. Neue Kindheit, neues lernen, neuer Unterricht. Weinheim: Beltz 2006, S. 84-96.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M. (u.a.): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, Heft 149/2001, S. 807-818.
- Kühn, H.: Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: Edition Sigma 1993.
- Kunz, T.: Weniger Unfälle durch Bewegung. Mit Bewegungsspielen gegen Unfälle und Gesundheitsschäden bei Kindergartenkindern. Schorndorf: Karl Hofmann 1993.
- Kurth, B. M.; Schaffrath Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 736-743.
- Labisch, A.; Woelk, W.: Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 49-92.
- Lampert, T.; Mensink, G.B.; Romahn, N.; Woll, A.: Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 634-642.
- Lampert, T.; Sygusch, R.; Schlack, R.: Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 643-652.
- Lampert, T.; Thamm, M.: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 600-608.

- Lampert, T.; Ziese, T.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: RKI 2005.
- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung in Zusammenarbeit mit dem Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV) Westfalen Lippe (Hrsg.): Lehrerfortbildung in Nordrhein Westfalen: Gesundheitsförderung in der Schule. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen. Soest: Verlag für Schule und Weiterbildung 1998.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse 2001.
- Landeskriminalamt NRW & Arbeitsgemeinschaft Kinder und Jugendschutz (Hrsg.): Jugendkriminalität in NRW (9. Auflage). Düsseldorf: VVA 2003.
- Landeskriminalamt NRW (Hrsg.): Jugendkriminalität und Jugendgefährdung in Nordrhein-Westfalen. Lagebild 2008. Düsseldorf: o.V. 2009.
- Lange, M.; Kamtsiuris, P.; Lange, C., Schaffrath Rosario, A.; Stolzenberg, H.; Lampert, T.: Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 578-589.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S.: Stress, appraisal and coping. New York: Springer 1984.
- Lehmann, H.; Töppich, J.: Effektivität und Effizienz als Leitziel der Qualitätssicherung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln: BzGA 2001, S. 182-190.
- Leppin, A.: Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip/Hurrelmann/Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa 1995, S. 235-250.
- Leppin, A.: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004, S. 31-40.
- Liegle, L.: Kulturvergleichende Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann/Ulich (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung (6. Auflage). Weinheim: Beltz 2002, S. 215-230.
- Limbourg, M.: Kinder im Straßenverkehr. Münster: Lonnemann 1994.
- Limbourg, M.: Evaluation des Projektes „Gesundheit und Sicherheit für Kinder in der Primarstufe“. Forschungsplan vom 29.05.2002.
- Limbourg, M.: Kinder unterwegs im Straßenverkehr. Düsseldorf: Düssel-Druck & Verlag 2008.
- Limbourg, M.: Lernort Schulweg. In: Die Grundschul-Zeitschrift, Heft 224/2009, S. 26-30.
- Limbourg, M.; Flade, A.; Schönharting, J.: Mobilität im Kindes- und Jugendalter. Opladen: Leske+Budrich 2000.
- Lohaus, A.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 1993.
- Lohaus, A.; Ball, J.: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe 2006.
- Lohaus, A.; Domsch, H.; Fridrici, M.: Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche. Heidelberg: Springer 2007.

- Lohaus, A.; Klein-Heßling, J.: Stress und Stressbewältigung. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 325-347.
- Lohaus, A.; Lißmann, I.: Entwicklungsveränderungen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 58-86.
- Luthar, S.S. (ed.): Resilience and vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities. New York: Cambridge University Press 2003.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.): Kim 2002 - Kinder und Medien, Computer und Internet. Basisstudie zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Baden-Baden: MPFS 2002.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.): Kim 2003 - Kinder und Medien, Computer und Internet. Basisstudie zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Baden-Baden: MPFS 2003.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.): Kim 2006 - Kinder und Medien, Computer und Internet. Basisstudie zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Stuttgart: MPFS 2007.
- Mensink, G.: Bundesgesundheitsurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Berlin: RKI 2003.
- Mensink, G.; Kleiser, C.; Richter, A.: Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 609-623.
- Meyers kleines Lexikon Sport. Mannheim: Meyers Lexikonverlag 1987.
- Mielck, A.; Helmert, U.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 603-624.
- Mielke, R.: Lernen und Erwartung. Zur Selbst-Wirksamkeits-Theorie von Albert Bandura. Bern: Hans Huber 1984.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ritterbach 2008.
- Mittag, W.: Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 87-112.
- Montada, L.: Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002. S. 3-52.
- Montada, L.: Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002. S. 418-442.
- Montada, L.: Delinquenz. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002. S. 859-873.
- Mossakowski, K.; Süß, W.: „Daten für Taten“: Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2009, S. 23-40.

- Müller, C.; Petzold, R.: Längsschnittstudie bewegte Grundschule. Ergebnisse einer vierjährigen Erprobung eines pädagogischen Konzeptes zur bewegten Grundschule. St. Augustin: Academia 2002.
- Müller, V.E.: Qualität in der Gesundheitsförderung: Eine Methode für Alle(s)? In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2009, S. 41-60.
- Mummendey, H.D.: Psychologie des `Selbst`. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung. Göttingen: Hogrefe 2006.
- Musahl, H.P.: Gefahrenkognition. Theoretische Annäherung, empirische Befunde und Anwendungsbezüge zur subjektiven Gefahrenkenntnis. Heidelberg: Asanger 1997.
- Myrtek, M.: Gesunde Kranke – kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens. Bern: Hans Huber 1998.
- Naidoo, J.; Wills, J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: BzgA 2003.
- Nieland, S.: Verkehrssicherheit als Unterrichtsthema im zweiten Schuljahr der Primarstufe. Unveröffentlichte Examensarbeit. Essen 2004.
- Noelle-Neumann, E.; Köcher, R. (Hrsg.): Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998-2002. München: Sauer 2002.
- Oelkers, J.: Einführung in die Theorie der Erziehung. Weinheim: Beltz 2001.
- Oerter, R.: Kultur, Ökologie und Entwicklung. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002. S. 72-104.
- Oerter, R.: Kindheit. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002. S. 209-257.
- Opp, G.; Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (2. Auflage). München: Reinhardt 2007.
- Opper, E.; Worth, A.; Wagner, M.; Bös, K.: Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 879-888.
- Parsons, T.: The social system. London: Routledge & Kegan Paul 1951.
- Paulus, P.: Die Gesundheitsfördernde Schule. In: Grundschulmagazin. 70; 7-8/2002, S. 8-14.
- Paulus, P.: Gesundheitsförderung im Setting Schule. In: Bundesgesundheitsblatt, Heft 45/2002, S. 970-975.
- Paulus, P.: Psychische Gesundheit. Rückgrat für die Seele. In: Fritz/Klupsch-Sahlmann/Ricken (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule. Neue Kindheit, neues lernen, neuer Unterricht. Weinheim: Beltz 2006, S. 138-148.
- Pearlin, L.I.: Role strains and personal stress. In: Kaplan (ed.): Psychosocial stress. New York: Academic Press, Pp. 3-32.
- Petermann, F.; Koglin, U.: Aggressivität und Gewalt. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 113-132.
- Petermann, F.; Petermann U.: Training mit aggressiven Kindern (12. Auflage). Weinheim: Beltz PVU 2008.

- Petermann, U.; Reuber, D.: Aggression und Gewalt. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe 2009, S. 239-248.
- Pfister, G.: Mädchenspiele – zum Zusammenhang von Raumaneignung, Körperlichkeit und Bewegungskultur. In: Sportunterricht, Heft 5/1991, S. 165-175.
- Piaget, J.: Psychologie der Intelligenz (2. Auflage). Zürich: Rascher 1947.
- Pongratz, E.L.: Zum Umgang mit kindlichen Auffälligkeiten. Eine Untersuchung zum Dunkelfeld und zur Prävention von Kinderdelinquenz in Grundschulen. Mainz: Weisser Ring 2000.
- Poschkamp, T.: Lehrergesundheit. Belastungsmuster, Burnout und Social Support bei dienstunfähigen Lehrkräften. Berlin: Logos 2008.
- Pott, E.; Lehmann, H.: Evaluation von Kampagnen. In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2009, S. 313-326.
- Programm Polizeiliche Kriminalitätsprävention (Hrsg.): Paul, gib's her! Ein Buch für Kinder in Tagesstätten und Grundschulen. Stuttgart: reiff print kg 2000.
- Pudel, V.: Prävention von Ernährungsstörungen. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004, S. 111-120.
- Raithel, J.: Jugendliches Risikoverhalten. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2004.
- Raithel, J.: Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2006.
- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 871-878.
- Reisch, L.A.; Gwozdz, W.: Einfluss des Konsumverhaltens auf die Entwicklung von Übergewicht bei Kindern. In: Bundesgesundheitsblatt, Heft 53/2010, S. 725-732.
- Renneberg, B.; Erken, J.; Kaluza, G.: Stress. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe 2009, S. 139-146.
- Richter, M.; Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa 2008.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin: 2004.
- Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI 2006.
- Rolff, H.G.; Zimmermann, P.: Veränderte Kindheit – Veränderte pädagogische Herausforderungen. In: Fölling-Albers (Hrsg.): Veränderte Kindheit – Veränderte Grundschule (7. Auflage). Frankfurt a.M.: Beltz 1997, S. 28-39.
- Roßbach, H.G.: Vorschulische Erziehung. In: Cortina/Baumert/Leschinsky/Mayer/Trommer (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik. Strukturen und Entwicklungen im Überblick. Reinbek: Rowohlt 2008, S. 283-324.
- Rothland, M. (Hrsg.): Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle, Befunde, Interventionen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007.

- Rusch, H.; Weineck, J.: Sportförderunterricht. Lehr- und Übungsbuch zur Förderung der Gesundheit durch Bewegung (6. Auflage). Schorndorf: Hofmann 2007.
- Schaarschmidt, U. (Hrsg.): Halbtagsjobber. Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes (2. Auflage). Weinheim: Beltz 2005.
- Schaarschmidt, U.; Fischer, A.W.: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster: AVEM: Manual. Frankfurt a.M.: Swets 2003.
- Schaarschmidt, U.; Kieschke, U. (Hrsg.): Gerüstet für den Schulalltag. Psychologische Unterstützungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer. Weinheim: Beltz 2007.
- Schäfer, H.: Die Hierarchie der Risikofaktoren. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Heft 1/1976, S. 141-146.
- Schäfers, B.: Jugendsoziologie. Einführung in Grundlagen und Theorien (7. Auflage). Opladen: Leske + Budrich 2001.
- Scheibe, W. (Hrsg.): Zur Geschichte der Volksschule. Band 2. Gesetze und Gesetzentwürfe, Berichte, Reformvorschläge und Beiträge zur Theorie der Volksschule im 19. und 20. Jahrhundert. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1965.
- Scheier, M.F.; Carver, C.S.; Bridges, M.W.: Optimism, pessimism and psychological well-being. In: Chang (ed.): Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice. Washington: American Psychological Association 2001, S. 189-216.
- Schenk, L.; Ellert, U.; Neuhauser, H.: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 590-599.
- Schenk, L.; Knopf, H.: Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 653-658.
- Schilling, F.: Körperkoordinationstest für Kinder KTK. Testmanual. Weinheim: Beltz 1974.
- Schick, A.; Cierpka, M.: Prävention gegen Gewaltbereitschaft an Schulen: das FAUSTLOS-Curriculum. In: Cierpka (Hrsg.): Möglichkeiten der Gewaltprävention (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008, S. 235-252.
- Schlack, H.G.: Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. In: Kinderärztliche Praxis, Heft 75/2004, S. 292-299.
- Schlack, R.; Hölling, H.: Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 819-826.
- Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B.M.; Huss, M.: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 827-835.
- Schlag, B.; Richter, S.: Internationale Ansätze zur Prävention von Kinderverkehrsunfällen. In: Zeitschrift für Verkehrserziehung, Heft 4/2005, S. 182-188.

- Schlag, B.; Richter, S.: Verkehrsunfälle mit Kindern und Jugendlichen. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 401-432.
- Schlesinger, I.; Jerusalem, M.: Schulunfälle. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 433-455.
- Schmacke, N.: Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung? In: Kolip/Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2009, S. 61-74.
- Schmidt-Azert, L.; Büttner, G.; Bühner, M.: Theoretische Aspekte von Aufmerksamkeits-/Konzentrationsdiagnostik. In: Büttner/Schmidt-Atzert (Hrsg.): Diagnostik von Konzentration und Aufmerksamkeit. Göttingen: Hogrefe 2004, S. 3-22.
- Schmidt, W.: Kindersport-Sozialbericht des Ruhrgebiets. Hamburg: Czwalina 2006.
- Schmidt, W. (Hrsg.): Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt Kindheit. Schorndorf: Hofmann-Verlag 2008.
- Schmitt, G.M.; Lohaus, A.; Salewski, C.: Kontrollüberzeugungen und Patienten-Compliance. Eine empirische Untersuchung am Beispiel von Jugendlichen mit Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Alopecia areata. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Heft 39/1989, S. 33-40.
- Schnabel, P.E.: Sozialisation und gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip/Hurrelmann/Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa 1995, S. 111-134.
- Schnabel, P.E.: Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In: Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004, S. 281-292.
- Schnabel, P.E.: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim: Juventa 2007.
- Schneider, V.: Entwicklungen, Konzepte und Aufgaben schulischer Gesundheitsförderung. Vom Konzept der Risikofaktoren zum Konzept der Förderung von Gesundheitsfaktoren. In: Priebe/Israel/Hurrelmann (Hrsg.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim: Beltz 1993, S. 39-72.
- Schorb, B.; Mohn, E.; Theunert, H.: Sozialisation durch (Massen-)Medien. In: Hurrelmann/Ulich (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung (6. Auflage). Weinheim: Beltz 2002, S. 493-508.
- Schriever, J.: Unfälle. Unfälle sind keine Zufälle. In: Stier/Weissenrieder (Hrsg.): Jugendmedizin. Gesundheit und Gesellschaft. Heidelberg: Springer 2006.
- Schröder, H.: Healthismus und Wellness. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe 2009, S. 484-494.
- Schulze, G.: Die Erlebnis-Gesellschaft (6. Auflage). Frankfurt a.M.: Campus 1996.
- Schwartz, F.W.; Bitzer, E.M.; Dörning, H.; Walter, U.: Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 1169-1200.
- Schwarzer, R.: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe 2004.
- Seiffge-Krenke, I.: Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage).

- Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002, S. 833-846.
- Seligman, M.: Helplessness. On Depression, Development and Death. San Francisco: Freeman and Company 1975.
- Selye, H.: Stress – mein Leben. München: Kindler 1981.
- Serwe, E.: Schulentwicklung und Schulsportentwicklung – Verbindungen zwischen schul- und sportpädagogischen Perspektiven. In: Dortmunder Zentrum für Schulsportforschung (Hrsg.): Schulsport-Forschung. Grundlagen, Perspektiven und Anregungen. Aachen: Meyer & Meyer 2008, S. 110-135.
- Sieverding, M.: Gesundheitspsychologie. Genderforschung in der Gesundheitspsychologie. In: Steins (Hrsg.): Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2010, S. 189-202.
- Siller, R.: Verkehr und Mobilität. In: Siller (Hrsg.): Kinder unterwegs – Schule macht mobil. Verkehrs- und Mobilitätserziehung in der Schule. Donauwörth: Auer 2003; S. 8-12.
- Sodian, B.: Entwicklung begrifflichen Wissens. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002. S. 443-468.
- Soost, D.; Gamrath, M.: Gesundheitsfördernde Schule. Das Konzept der Grundschule am Hollerbusch. In: Grundschulunterricht, Heft 6/2007, S. 27-30.
- Stange, H.: Kindheit heute. In: Fritz/Klupsch-Sahlmann/Ricken (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule. Neue Kindheit, neues lernen, neuer Unterricht. Weinheim: Beltz 2006, S. 37-60.
- Starker, A.; Lampert, T.; Worth, A.; Oberger, J.; Kahl, H.; Bös, K.: Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 775-783.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2008. Wiesbaden: o.V. 2009.
- Steins: Sozialpsychologie des Körpers. Wie wir unseren Körper erleben. Stuttgart: Kohlhammer 2007.
- Stolzenberg, H.; Kahl, H.; Bergmann, K.E.: Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 659-669.
- Strecker, D.: Verkehrserziehung für 3-10-Jährige. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher. Waiblingen: Rowohlt 2004.
- Thiel, A.; Teubert, H.; Kleindienst-Cachay, C.: Die „Bewegte Schule“ auf dem Weg in die Praxis. Theoretische und empirische Analysen einer pädagogischen Innovation (2. Auflage). Baltmannsweiler: Schneider 2004.
- Thomas, W. I.; Thomas, D.S.: The child in America. New York: o.V. 1928.
- Tillmann, K.J.: Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung (12. Auflage). Hamburg: Rowohlt 2003.
- Trojan, A.: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Dierks/Walter/Schwartz (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln: BzGA 2001, S. 51-72.
- Thyen: Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006 - ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des

- Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Band 50, Heft 5/6. Heidelberg: Springer 2007, S. 529-530.
- UNICEF (ed.): A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No. 2. Florence: UNICEF 2001.
- Utzmann, I.: Summative Evaluation der Verkehrserziehung und -aufklärung. Methodische Vorgehensweisen bei der Wirkungsmessung von Maßnahmen der Verkehrserziehung und -aufklärung. Hamburg: Kovac 2008.
- Velten, M.: Die Busschule im Rahmen der Verkehrs- und Mobilitätserziehung. Unveröffentlichte Examensarbeit. Essen: o.V. 2004.
- Verband der Elektrizitätswirtschaft e.V. (Hrsg.): Glühbert, Wolfram und Turbine entdecken das Geheimnis der Elektrizität. Frankfurt a.M.: VWEW Energieverlag 2004.
- Vögele, C.; Ellrott, T.: Ernährung, Über- und Untergewicht. In: Lohaus/Jerusalem/Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2006, S. 176-200.
- Vogt, I.: Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser/Razum: Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 147-182.
- von Troschke, J.: Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in der Schule. In: Priebe/Israel/Hurrelmann (Hrsg.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim: Beltz 1993, S. 11-38.
- von Troschke, J.: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 529-560.
- Vorpahl, B.W., Dietz-Müller-Veeh, F.; Seifried, K.; Veihelmann, C.: Essgewohnheiten. Materialien für 5.-10. Klassen. Köln: BzgA 2007.
- Wabitsch, M.; Kiess, W.; Hebebrand, J.; Zwiauer, K. (Hrsg.): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Kritik. Berlin: Springer 2005.
- Wandel, F.: Macht die Schule krank? Heidelberg: Quelle und Meyer 1979.
- Warschburger, P.: Ernährung und Gewichtskontrolle. In: Bengel/Jerusalem (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe 2009, S. 204-211.
- Warwitz, S.: Verkehrserziehung vom Kinde aus. Wahrnehmen – Spielen – Denken – Handeln (5. Auflage). Baltmannsweiler: Schneider 2005.
- Weidmann, H.: Das Kind als Fußgänger. In: Siller (Hrsg.): Kinder unterwegs – Schule macht mobil. Verkehrs- und Mobilitätserziehung in der Schule. Donauwörth: Auer 2003, S. 58-73.
- WHO (ed.): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. Verfügbar unter: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (08.09.10).
- WHO (Hrsg.): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Kopenhagen: WHO 2003.
- Wiater, W.: Unterrichtsprinzipien (3. Auflage). Donauwörth: Auer 2008.
- Wiesmann, U.; Krause, C.; Dürkop, S.; Hannich, H.J.: Subjektive Befindlichkeit im Grundschulalter. Eine erste Validierung des ICH BIN ICH. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, Heft 1/2008, S. 39-47.

- Wilkening, F.; Krist, H.: Entwicklung der Wahrnehmung und Psychomotorik. In: Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002, S. 395-417.
- Wulfhorst, B.: Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann/Laaser/Razum: Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. Auflage). Weinheim: Juventa 2006, S. 819-844.
- Wurm, S.; Lampert, T.; Menning, S.: Subjektive Gesundheit. In: Böhm/Tesch-Römer/Ziese (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI 2009.
- Zinnecker, J.: Selbstsozialisation – Essay über ein aktuelles Konzept. In: Zeitschrift der Soziologie für Erziehung und Sozialisation, Heft 3/2000, S. 272-290.

Internetadressen

www.a-g-a.de

(Homepage der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter)

www.anschub.de

(Homepage der Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland)

www.bast.de

(Homepage der Bundesanstalt für Straßenwesen)

www.besmart.info

(Homepage des Wettbewerbs „Be smart, don't start“ des IFT Nord in Kiel)

www.bmvbw.de

(Homepage des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen)

www.bvbf-brandschutz.de

(Homepage des Bundesverbandes Brandschutz-Fachbetriebe e.V.)

www.bzqa.de

(Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

www.chilt.de

(Homepage des Projekts Children's Health Interventional Trial an der Deutschen Sporthochschule in Köln)

www.deutscher-praeventionspreis.de

(Homepage zum Deutschen Präventionspreis)

www.dge.de

(Homepage der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.)

www.dvr.de

(Homepage des Deutschen Verkehrssicherheitsrats e.V.)

www.feuerwehr-halle.de

(Homepage der Berufsfeuerwehr Halle/Saale)

www.fns-online.de

(Homepage der Fridtjof-Nansen-Schule in Hannover)

www.gbe-bund.de

(Homepage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt)

www.gesis.org

(Homepage der Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen)

www.haltungundbewegung.de

(Homepage der Arbeitsgemeinschaft für Haltungs- und Bewegungsförderung e.V.)

www.icd-code.de

(Internationale Klassifikation der Krankheiten; Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD-10 des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG))

www.ideficsstudy.eu

(Homepage des IDEFICS-Consortiums)

www.kess-ev.de

(Homepage des Vereins „Kinder entwickeln SelbstSicherheit“ – KESS.e.V.)

www.kindersicherheit.de

(Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“)

www.klasse2000.de

(Homepage des Vereins Programm „Klasse2000“ e.V.)

www.lids.nrw.de

(Homepage des Landesamts für Datenverarbeitung und Statistik in NRW)

www.lka.nrw.de

(Homepage des Landeskriminalamts Nordrhein Westfalen)

www.liga.nrw.de

(Homepage des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW)

www.mindmatters-schule.de

(Homepage zum Programm „Mindmatters – Mit psychischer Gesundheit gute Schule machen“)

www.mobilitaet-in-deutschland.de

(Homepage der Projektgruppe zur regelmäßigen Erhebung zum Mobilitätsverhalten in Deutschland)

www.mpfs.de

(Homepage des Medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest)

www.polizei-propk.de

(Homepage der Polizeilichen Kriminalitätsprävention)

www.primakids.de

(Homepage zum Projekt „primakids“ der Hamburger Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Forschungsschwerpunkt Public Health)

www.rauchmelder-lebensretter.de

(Homepage des Forums Brandrauchprävention)

www.rki.de

(Homepage des Robert Koch Instituts)

www.ruetli-oberschule.de

(Homepage der Rütli-Oberschule in Berlin-Neukölln)

www.runter-vom-gas.de

(Homepage der Verkehrssicherheitskampagne „Runter vom Gas!“, initiiert vom Ministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und vom Deutschen Verkehrssicherheitsrat e.V.)

www.schule-bw.de

(Homepage des Landesinstituts für Schulentwicklung Baden-Württemberg)

www.schulministerium.nrw.de

(Bildungsportal des Ministeriums für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen)

www.ver-kehr.de

(Homepage der Verkehrsgesellschaft Ennepe-Ruhr mbH)

www.vwew.de

(Homepage der EW Medien und Kongresse GmbH)

www.who.int

(Homepage der Weltgesundheitsorganisation)

ANHANG

Anhang

Anhang zu der 1. Untersuchung (Beginn 1. Schuljahr, 2002)

Protokollbogen zur Kinderbefragung

Schule: _____ Klasse: ☐ 1a ☐ 1b ☐ 1c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen Alter: _____ Jahre

Muttersprache: ☐ deutsch ☐ türkisch ☐ sonstige _____



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:

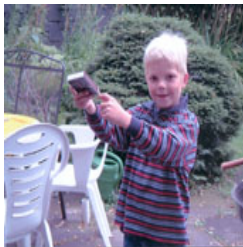


Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:

Unterschied erkannt: ☐ Ja ☐ auf Nachfrage ☐ Nein



Hast du schon einmal ein Streichholz angezündet? ☐ Ja ☐ Nein

Waren Erwachsene Personen dabei?

- ☐ Ja ☐ Eltern ☐ ältere Geschwister ☐ andere Verwandte
☐ sonstige _____
☐ Nein ☐ alleine ☐ andere Kinder

Welche von diesen Gegenständen brennen?

	Kinderantwort „Ja“	Kinderantwort „Nein“	Kinderantwort: „weiß nicht“
Glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schraube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sind deine Lieblingsfernsehsendungen?

1. _____ Sender: _____
2. _____ Sender: _____
3. _____ Sender: _____

Wie heißen diese Lebensmittel?

	bekannt	unbekannt
Ananas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apfelsine/Orange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erdbeere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist gesünder?

Milch oder Cola	<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Pommes oder Salat	<input type="checkbox"/> Pommes	<input type="checkbox"/> Salat	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Müsli oder Schokoriegel	<input type="checkbox"/> Müsli	<input type="checkbox"/> Schokoriegel	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Banane oder Bonbons	<input type="checkbox"/> Banane	<input type="checkbox"/> Bonbons	<input type="checkbox"/> weiß nicht

Was hast du heute als „Pausenbrot“ dabei?

- ☐ kein Getränk ☐ kein Essen
- Getränk: _____ zu Essen: _____

Weißt du was Karies ist? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Hast du schon mal Karies gehabt? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft putzt du dir am Tag die Zähne? _____ mal

- ☐ morgens und abends
- ☐ morgens oder abends
- ☐ dreimal am Tag nach dem Essen
- ☐ andere _____

Fragebogen zur Elternbefragung

(Der Fragebogen wurde in der vorliegenden deutschsprachigen Version und in einer türkischen Übersetzung angeboten. Die #-markierte Fragen sind in dem Fragebogen für die Eltern der Kontrollschule 2 nicht enthalten gewesen.)

Ausfüllendes Elternteil: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide

Schule: _____ **Klasse:** ☐ 1a ☐ 1b ☐ 1c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen **Alter:** _____ Jahre

Das Kind, für das Sie diesen Fragebogen ausfüllen,

☐ ist Einzelkind ☐ hatältere Geschwister ☐ hatjüngere Geschwister
(Anzahl jüngerer bzw. älterer Geschwister bitte auf die gepunktete Linie eintragen)

Wer beaufsichtigt oder betreut die Kinder nach der Schule?

☐ Vater ☐ Mutter ☐ beide Elternteile ☐ Großeltern
☐ ältere Geschwister ☐ sonstige Verwandte ☐ Hort und ähnliches
☐ keine regelmäßige Betreuung ☐ sonstiges: _____

An welchem Straßentyp liegt ihre Wohnung?

Hauptstraße ☐ Spielstraße ☐
Nebenstraße ☐ "Tempo 30" - Zone ☐

Welche der folgenden Einrichtungen gibt es in der Nähe Ihrer Wohnung?

(im Umkreis von ca. 500 Metern)

☐ einen Spielplatz (auch Schulhof) ☐ einen Park oder eine größere Grünfläche
☐ eine Spielstraße ☐ einen Radweg
☐ eine verkehrsreiche Kreuzung oder Straße

Wie kommt Ihr Kind meistens zur Schule und zurück?	Hinweg	Rückweg
zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Bus / Schulbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird mit dem Auto gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie haben Sie Ihre Kinder auf die Teilnahme am Straßenverkehr vorbereitet?

	Ja	Nein
Sind Sie mit Ihrem Kind mehrfach den Schulweg abgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind beim Radfahren einen Fahrradhelm tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mit Ihrem Kind eingeübt, wie und wo (z.B. Zebrastreifen, Ampeln) es die Straße sicher überqueren kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrollieren Sie manchmal, ob sich Ihr Kind im Straßenverkehr richtig verhält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind im Auto von einem passenden Rückhaltesystem gehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie in Ihrem Auto die Kindersicherung an den Türen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achten Sie darauf, dass Ihr Kind, v. a. bei ungünstigerer Witterung, helle und leuchtende Kleidung trägt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche dieser Gruppen sehen Sie in erster Linie für die Verkehrserziehung der Kinder verantwortlich?

☐ die Eltern ☐ die Polizei ☐ die Schule

Wie oft musste Ihr Kind nach einer Verletzung (Unfall, Verbrennung, Vergiftung, Verbrühung, Biss von Tieren usw.) ärztlich behandelt werden?
 _____mal (Anzahl bitte eintragen)

Beschreiben Sie die Verletzungsart und –ursache nach folgendem Schema:

<u>Unfallart</u>	<u>Unfallort</u>	<u>Alter des Kindes</u>	<u>Folgen</u>
Beispiele			
1. Treppensturz	zu Hause	4 Jahre	Armbruch, Krankenhausaufenthalt
2. an Schere verletzt	Kindergarten	5 Jahre	Schnittwunde, kinderärztliche Behandlung
3. vom Hund gebissen	Stadtpark	6 Jahre	Schock, Schutzimpfung
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Gab es bisher einen Unfall im Straßenverkehr?

☐ nein

ja, ☐ als Fußgänger

☐ mit dem Fahrrad

☐ auf Rollschuhen, Inline – Skates, etc

☐ als Mitfahrer im Auto

☐ sonstiges _____

Welche dieser Schutzmaßnahmen haben Sie bei sich zu Hause getroffen?

	Ja	Nein
Sind in Ihrer Wohnung so genannte „Rauchmelder“ vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mit Ihrem Kind schon über das richtige Verhalten im Brandfall gesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden im Kindergarten Feuerwehrrübungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennt Ihr Kind die Notrufnummern der Polizei (110) und Feuerwehr (112)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Streichhölzer und Feuerzeuge in Reichweite der Kinder aufbewahrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Ihre Steckdosen durch einen Steckdosen-Schutz gesichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darf Ihr Kind in Ihrer Anwesenheit ein Feuer anzünden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befindet sich an Ihrem Herd ein Herdschutzgitter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie die Gefahr ein, dass Ihr Kind heimlich mit Zündmitteln „spielt“? #

☐ sehr hoch ☐ hoch ☐ mittelmäßig ☐ gering ☐ sehr gering

Wie viele der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen haben Sie mit Ihrem Kind wahrgenommen? #

_____ (Anzahl bitte eintragen)

Gegen welche dieser Krankheiten wurde Ihr Kind geimpft? #

☐ Kinderlähmung ☐ Diphtherie ☐ Tetanus ☐ Keuchhusten ☐ Hepatitis B
☐ Hib (u.a. Auslöser von Hirnhautentzündung) ☐ Masern ☐ Mumps
☐ Röteln ☐ sonstige _____

Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen?	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft teilweise nicht zu	trifft nicht zu
Der Straßenverkehr ist für Kinder im Grundschulalter eine ständige Bedrohung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Einfluss der Ernährung für die Gesundheit eines Menschen wird überschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Frühstück ist die wichtigste Mahlzeit des Tages.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Kauf von Lebensmitteln achte ich in erster Linie auf Sonderangebote. #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte darauf, dass sich mein Kind immer ausreichend Zeit zum Essen nimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisches Obst und Gemüse kann man durch Konservenware weitgehend ersetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesunde Nahrung schmeckt meistens nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens ist so wenig Zeit, da verzichte ich lieber auf ein ausgiebiges Frühstück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Kinder können kaum noch zwischen der Phantasiewelt des Fernsehens und der Realität unterscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Bestandteile enthält ein normales Frühstück Ihres Kindes?

- ☐ Milch, Kakao ☐ Cola, Fanta, Sprite ☐ Tee ☐ Obstsäfte ☐ Mineralwasser
☐ Butterbrote ☐ Müsli ☐ Cornflakes u.ä. ☐ Obst ☐ Joghurt u.ä.
☐ Eier ☐ Nuss-Nougatcreme . ☐ sonstiges: _____
☐ mein Kind frühstückt nicht

Mein Kind besitzt ...	Ja
ein eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/>
einen eigenen Fernseher im Zimmer	<input type="checkbox"/>
einen Zugang zu einem Computer	<input type="checkbox"/>
einen eigenen Computer im Zimmer	<input type="checkbox"/>
eine Spielkonsole (z.B. X-Box, PlayStation, Nintendo, ...)	<input type="checkbox"/>

Schätzen Sie bitte die Zeit, die Ihr Kind am Tag vor Fernseher, Computer und Spielkonsole verbringt.

_____ Stunden pro Tag

Wie viele Stunden schläft ihr Kind durchschnittlich pro Nacht? _____ Stunden
 Schläft Ihr Kind am Wochenende ☐ mehr ☐ weniger oder ☐ gleichviel?

Sind Sie und/oder Ihr Kind in einem Sportverein aktiv?

	Ja	Nein, aber früher einmal	Nein
Sie selbst	<input type="checkbox"/> Sportart:	<input type="checkbox"/> Sportart:	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/> Sportart:	<input type="checkbox"/> Sportart:	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen

Wie häufig....	immer	sehr oft	oft	manchmal	selten	sehr selten	nie
isst die ganze Familie gemeinsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ernährt sich Ihr Kind von Fastfood (McDonalds, Burger King, Pommes-Buden, u.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
achten Sie darauf, ob sich Ihr Kind die Zähne putzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schauen Sie „Frühstücks-Fernsehen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informieren Sie sich über die Sendungen, die Ihr Kind im Fernsehen sieht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verbieten Sie Ihrem Kind bestimmte Fernsehsendungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sprechen Sie mit Ihrem Kind über das, was es im Fernsehen gesehen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
können Sie beobachten, dass sich Ihr Kind nach dem Sehen einer bestimmten Sendung aggressiver verhält als vorher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was halten Sie davon, dass im Grundschulunterricht Computer eingesetzt werden? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Die Kinder müssen frühzeitig den Umgang mit Computer und Internet lernen.
- ☐ Eine gute Idee, um Kinder für den Unterricht zu begeistern.
- ☐ Nichts, denn die Kinder sollen erst mal Lesen und Schreiben lernen.
- ☐ Die Kinder können so einen sinnvollen Umgang mit dem Computer kennen lernen.
- ☐ Vor allem Mädchen sollten in der Schule den Computer kennen lernen, da sie ihn in der Freizeit weniger gebrauchen als Jungen.
- ☐ Die Schule sollte stattdessen vielmehr Freude an Büchern vermitteln

Was glauben Sie sind die häufigsten Straftaten, die von Grundschulkindern begangen werden? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Diebstahl ☐ Brandstiftung ☐ Drogenkonsum (auch Alkohol)
- ☐ Erpressung/Bedrohung ☐ Sachbeschädigung
- ☐ sonstiges: _____

Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach das Entstehen von Kriminalität bei Kindern?

	Starker Einfluss	Schwacher Einfluss
Elternhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und welche Faktoren können der Kriminalitätsentwicklung entgegenwirken?

	Starker Einfluss	Schwacher Einfluss
Elternhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medien (z.B. Fernsehen, Computerspiele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportvereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizeiliche Aufklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Anhang zu der 2. Untersuchung (Ende 1. Schuljahr, 2003)

Protokollbogen zur Kinderbefragung

Schule: _____ Klasse: ☐ 1a ☐ 1b ☐ 1c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen Alter: _____ Jahre

Muttersprache: ☐ deutsch ☐ türkisch ☐ sonstige _____

Gewicht der Schultasche: _____ kg

Test: rechts und links- Unterscheidung: „rechter Arm heben“

- ☐ sofort richtig ausgeführt ☐ unsicher, evtl. zunächst falsch oder lange überlegt
☐ falsch



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:

Unterschied erkannt:

☐ Ja

☐ auf Nachfrage

☐ Nein



Hast du schon einmal ein Streichholz angezündet? ☐ Ja ☐ Nein

Waren Erwachsene Personen dabei? Wenn ja, wer?

- ☐ Ja ☐ Eltern ☐ ältere Geschwister ☐ andere Verwandte
☐ sonstige _____
☐ Nein ☐ alleine ☐ andere Kinder

Welche Telefon-Nr. hat die Polizei? _____ ☐ weiß nicht
die Feuerwehr? _____ ☐ weiß nicht

Kennst du die Aufgaben der Feuerwehr?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| für alte Menschen einkaufen | <input type="checkbox"/> | Feuer löschen | <input type="checkbox"/> |
| Menschen und Tiere retten | <input type="checkbox"/> | Verkehr regeln | <input type="checkbox"/> |
| Fenster putzen | <input type="checkbox"/> | Autos abschleppen | <input type="checkbox"/> |
| Wasser aus Kellern abpumpen | <input type="checkbox"/> | umgefallene Bäume wegräumen | <input type="checkbox"/> |

Wenn du bei der Feuerwehr anrufst, was möchte die Feuerwehr dann von dir wissen?

- deinen Namen ☐
ob sie das Feuerwehrauto gut parken können ☐
was passiert ist ☐
was du zum Frühstück gegessen hast ☐
Straße und Hausnummer ☐

Kennst du dieses Schild?



- ☐ Ja
☐ Nein

wenn ja, was bedeutet es:

Welche Süßigkeiten isst du heute in der Schule? _____ ☐ keine

„Einige dieser Lebensmittel sind gesund, andere nicht. Bitte kreise die gesunden ein.“ (Abbildungen zeigen – genannte ankreuzen)

Kuchen	Tomaten, etc	Apfelsine	Burger	
Kopfsalat	Hot Dog	Paprika	Pommes	
Salat	Eis	Käse	Blumenkohl	
Melone	Cola	Kekse	Birnen	

Was fällt dir zu diesen Bildern ein?



Fragebogen zur Elternbefragung

(Der Fragebogen wurde in der vorliegenden deutschsprachigen Version und in einer türkischen Übersetzung angeboten.)

Ausfüllendes Elternteil: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide

Schule: _____ **Klasse:** ☐ 2a ☐ 2b ☐ 2c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen **Alter:** _____ Jahre

Das Kind, für das Sie diesen Fragebogen ausfüllen,

☐ ist Einzelkind ☐ hatältere Geschwister ☐ hatjüngere Geschwister
(die Anzahl jüngerer bzw. älterer Geschwister auf die gepunktete Linie eintragen)

Wie kommt Ihr Kind meistens zur Schule und zurück?	Hinweg	Rückweg
zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Bus / Schulbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird mit dem Auto gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie weit ist Ihre Wohnung von der Schule entfernt?

☐ weniger als 500 Meter ☐ 500 bis 1 000 Meter ☐ 1 km bis 3km
☐ 3 km bis 5 km ☐ mehr als 5 km

Wie lange braucht Ihr Kind normalerweise morgens für seinen Schulweg?

_____ Minuten

Wie häufig nutzen Sie die folgenden Verkehrsmittel?

	mehrmals täglich	täglich	wöchentlich	monatlich	seltener als einmal im Monat	nie
Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und wie häufig nutzt Ihr Kind diese Verkehrsmittel?

	mehrmals täglich	täglich	wöchentlich	monatlich	seltener als einmal im Monat	nie
Auto (von den Eltern gefahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nach einer Verletzung (Verbrennung, Vergiftung, Biss von Tieren, usw.) ärztlich behandelt werden?
 _____mal (Anzahl bitte eintragen)

Beschreiben Sie die Verletzungsart und -ursache nach folgendem Schema:

<u>Unfallart</u>	<u>Unfallort</u>	<u>Alter des Kindes</u>	<u>Folgen</u>
<i>Beispiele</i>			
1. Treppensturz	zu Hause	4 Jahre	Armbruch, Krankenhausaufenthalt
2. an Schere verletzt	Kindergarten	5 Jahre	Schnittwunde, kinderärztliche Behandlung
3. vom Hund gebissen	Stadtpark	6 Jahre	Schock, Schutzimpfung

1. _____

2. _____

3. _____

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Unfall im Straßenverkehr?

☐ nein

ja, ☐ als Fußgänger

☐ mit dem Fahrrad

☐ auf Rollenschuhen, Inline – Skates, Skateboard, etc

☐ als Mitfahrer im Auto

☐ sonstiges _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen	Ja	Nein
Darf Ihr Kind auf dem Bürgersteig Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darf Ihr Kind auf der Fahrbahn Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind beim Radfahren einen Fahrradhelm tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achten Sie darauf, dass Ihr Kind, v. a. bei ungünstigerer Witterung, helle und leuchtende Kleidung trägt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Streichhölzer und Feuerzeuge in Reichweite der Kinder aufbewahrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darf Ihr Kind in Ihrer Anwesenheit ein Feuer anzünden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennt Ihr Kind die Notrufnummern der Polizei (110) und Feuerwehr (112)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass Ihr Kind im Brandfall alleine die Feuerwehr benachrichtigen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Medikamente und Arzneimittel griffbereit in der Nähe Ihrer Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es schon ein Mal vorgekommen, dass Sie Ihr Kind zu Hause allein eingeschlossen haben, z.B. weil es „Stubenarrest“ hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Rolle spielt die Gesundheit in Ihrem täglichen Leben? Was von dieser Liste trifft auf Sie zu? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ „Ich lebe, wie es mir Spaß macht, auch wenn es teilweise nicht unbedingt gesund ist.“
- ☐ „Ich mache mir nicht viel Gedanken über meine Gesundheit, ich denke da nicht weiter darüber nach.“
- ☐ „Ich lebe sehr gesundheitsbewusst und richte meine Ernährung und Lebensweise daran aus.“
- ☐ „Ich beachte bestimmte Regeln, sehe das aber insgesamt locker.“
- ☐ „Ich würde gerne mehr für meine Gesundheit tun, habe dafür aber im Alltag zu wenig Zeit.“
- ☐ „Ich versuche mich möglichst gesund zu ernähren, manchmal fehlt mir aber einfach das Wissen darüber, was wirklich gesund ist und was nicht.“

Schätzen Sie bitte die Zeit, die Ihr Kind am Tag vor dem Fernseher verbringt.

_____ Stunden pro Tag

Ist Ihr Kind in einem Sportverein aktiv?

- ☐ ja, seit über einem Jahr
- ☐ ja, innerhalb des letzten Jahres eingetreten
- ☐ nein

Sportart: _____

Wie oft beschäftigt sich Ihr Kind mit folgenden Freizeitaktivitäten?

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie
draußen spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drinnen spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer spielen u. ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen, zeichnen, basteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit Freunden treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um abweichendes oder kriminelles Verhalten. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie das jeweilige Verhalten als „sehr schlimm“, „ziemlich schlimm“, „weniger schlimm“ oder „überhaupt nicht schlimm“ ansehen.

	sehr schlimm	ziemlich schlimm	weniger schlimm	überhaupt nicht schlimm
Ein Mann schlägt sein 10-jähriges Kind, weil es ungehorsam war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand fährt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, ohne einen gültigen Fahrausweis zu besitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein 8-jähriges Kind klaut in einem Kaufhaus Waren im Wert von 10 €.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Herstellen und Verbreiten von Raubkopien (z.B. von Musik - CDs).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein 7-jähriges Kind raucht regelmäßig Zigaretten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein 9-jähriges Kind hat sich von einem anderen Kind Geld geliehen (5 €) und will dieses nicht zurückgeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Gruppe von Jugendlichen sprüht mit Spraydosen Graffiti an Hauswände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand bekommt im Kaufhaus zu viel Wechselgeld zurück und steckt dieses ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie das Projekt „Gut drauf! – Sicherheit und Gesundheit in der Grundschule“? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Davon höre/lese ich zum ersten Mal.
- ☐ Gehört habe ich davon, aber genaueres weiß ich eigentlich nicht.
- ☐ Dazu finden auch Veranstaltungen in der Klasse meines Sohnes/meiner Tochter statt.
- ☐ Dazu finden Veranstaltungen an der Schule statt, auf die mein Sohn/meine Tochter geht.
- ☐ Mein Sohn/meine Tochter erzählte mir davon.
- ☐ Davon habe ich in den Medien (Radio, Zeitung) gelesen bzw. gehört.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Anhang zu der 3. Untersuchung (Ende 2. Schuljahr, 2004)

Protokollbogen zur Kinderbefragung

Schule: _____ Klasse: ☐ 2a ☐ 2b ☐ 2c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen Alter: _____ Jahre

Muttersprache: ☐ deutsch ☐ türkisch ☐ sonstige _____



Gefahren: _____

Ursachen: _____

Maßnahmen: _____



Gefahren: _____

Ursachen: _____

Maßnahmen: _____



Gefahren: _____

Ursachen: _____

Maßnahmen: _____



Gefahren: _____

Ursachen: _____

Maßnahmen: _____



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:

„Welche dieser Dinge sollte man in einem Bus besser nicht machen?“

essen und trinken		lesen		den Fahrer ärgern		rumturnen	
sich festhalten		ohne Fahrkarte fahren		leise Musik hören			

„Worauf achtest du, wenn du aus einem Bus aussteigst?“ _____

„Nun zeige ich dir noch ein paar Bilder zum Thema „Feuer“.
Auf welchem der beiden Bilder macht das Kind das „besser“?“



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt

☐ „weiß nicht“



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt

☐ „weiß nicht“



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt

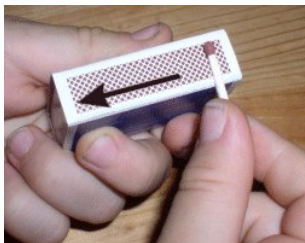


☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt

☐ „weiß nicht“



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt

☐ „weiß nicht“



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt

☐ „weiß nicht“



☐ vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt

„Nun habe ich noch ein paar andere Fragen?“

„Weißt du was Vitamine sind?“ ☐ Ja ☐ Nein

wenn „ja“ (sonst alle Vitamin-Fragen überspringen):

„Wo findest du Vitamine?“ „Wo sind Vitamine drin?“ _____

„Wozu braucht der Mensch Vitamine?“ _____

„In welchen dieser Lebensmittel ist das **Vitamin C** enthalten?“

Paprika	Kiwi	Fisch	Cola
Apfel	Milch	Käse	

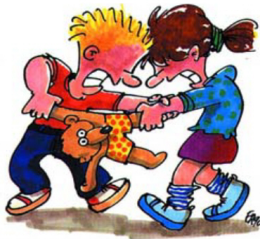
„Hast du dir zu Hause schon einmal alleine etwas zu essen gemacht?“

(es darf auch jemand geholfen haben) ☐ Ja ☐ Nein

wenn „ja“: „Was war das für ein Gericht?“ _____

vorlesen:

„Sabine hat Tom ihren Teddy geliehen, doch dieser will ihn ihr nicht wieder zurückgeben. Was sagst du dazu?“



„Ist dir schon einmal so etwas Ähnliches passiert? ☐ Ja ☐ Nein

Oder ist dir vielleicht sogar schon einmal etwas „geklaut“ worden?“ ☐ Ja ☐ Nein

(kurz erzählen lassen)

wenn „ja“: Was hast du/haben deine Eltern dann gemacht?“

Fragebogen zur Elternbefragung

(Der Fragebogen wurde in der vorliegenden deutschsprachigen Version und in einer türkischen Übersetzung angeboten.)

Ausfüllendes Elternteil: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide

Schule: _____ **Klasse:** ☐ 3a ☐ 3b ☐ 3c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen **Alter:** _____ Jahre

Das Kind, für das Sie diesen Fragebogen ausfüllen,

☐ ist Einzelkind ☐ hatältere Geschwister ☐ hatjüngere Geschwister
(die Anzahl jüngerer bzw. älterer Geschwister bitte auf die gepunktete Linie eintragen)

Wie kommt Ihr Kind meistens zur Schule und zurück?	Hinweg	Rückweg
zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Bus / Schulbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird mit dem Auto gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nach einer Verletzung (Verbrennung, Vergiftung, Biss von Tieren, usw.) ärztlich behandelt werden?
_____ mal (Anzahl bitte eintragen)

Beschreiben Sie die Verletzungsart und –ursache nach folgendem Schema:

Unfallart Unfallort Alter des Kindes Folgen

Beispiele

1. Treppensturz	zu Hause	4 Jahre	Armbruch, Krankenhausaufenthalt
2. an Schere verletzt	Kindergarten	5 Jahre	Schnittwunde, kinderärztliche Behandlung
3. vom Hund gebissen	Stadtpark	6 Jahre	Schock, Schutzimpfung

1. _____

2. _____

3. _____

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Unfall im Straßenverkehr?☐ neinja, ☐ als Fußgänger☐ mit dem Fahrrad☐ auf Rollenschuhen, Inline – Skates, Skateboard, etc☐ als Mitfahrer im Auto☐ sonstiges _____**Wie oft nimmt ihr Kind als Radfahrer am Straßenverkehr teil?**

täglich	3-4 in der Woche	1-2 in der Woche	1-2 im Monat	seltener/nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen sie die Fahrsicherheit Ihres Kindes mit dem Fahrrad ein?☐ ziemlich sicher☐ noch etwas unsicher☐ noch sehr unsicher☐ mein Kind kann noch nicht Fahrrad fahren

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen.	Ja	Nein
Darf Ihr Kind auf dem Bürgersteig Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darf Ihr Kind auf der Fahrbahn Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind beim Radfahren einen Fahrradhelm tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unternehmen Sie zusammen mit Ihrem Kind/Ihren Kindern hin und wieder gemeinsame Radtouren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzt Ihr Kind ein in der Größe passendes Fahrrad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass sich Ihr Kind schon längere Zeit auf die Anforderungen im Straßenverkehr konzentrieren kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass Ihr Kind die wichtigsten Verkehrsschilder kennt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass Ihr Kind die wichtigsten Verkehrs- und Verhaltensregeln kennt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nutzen Sie die Angebote des Öffentlichen Nahverkehrs?**Wie oft fahren Sie bzw. Ihr Kind mit dem Bus?**

	täglich	3-4 in der Woche	1-2 in der Woche	1-2 im Monat	seltener/nie
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für wie wichtig schätzen Sie die folgenden Schwerpunkte für die Verkehrserziehung ein? Welche Inhalte sollte Ihr Kind im Unterricht der Grundschule kennen lernen?	sehr wichtig	ziemlich wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig
das sichere Verhalten als Fußgänger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die wichtigsten Verkehrsregeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
praktisches Radfahrtraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den sicheren Umgang mit Skateboard, Inline-Skates etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme zur Nutzung von Bus und Bahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Wahrnehmungsschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Umwelterziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensregeln für Kinder als Mitfahrer im Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihr Kind in einem Sportverein aktiv?

- ☐ ja, seit über einem Jahr
☐ ja, innerhalb des letzten Jahres eingetreten
☐ nein

Sportart: _____

Schätzen Sie bitte die Zeit, die Ihr Kind täglich vor dem Fernseher verbringt.

_____ Stunden pro Tag

Im Folgenden bitten wir Sie, uns ein paar Fragen zum Umgang mit Feuer zu beantworten. Darf Ihr Kind allein ein Streichholz anzünden?

- ☐ nein, generell nicht
☐ ja, aber nur, wenn ein Erwachsener im Raum ist
☐ ja, auch wenn kein Erwachsener im Raum ist

Für wie wirksam schätzen Sie es ein, wenn Eltern ihren Kindern den Umgang mit Feuer verbieten?	voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	nicht zu
Streichholzer und Feuerzeuge gehören in keinem Fall in die Hände von Kindern, auch dann nicht, wenn Erwachsene dabei sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein kontrollierter Gebrauch von Zündmitteln durch die Eltern vermittelt den Kindern Sicherheit und Erfahrung im Umgang mit Feuer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur ein klares Verbot verdeutlicht den Kindern die Gefahren, die beim Umgang mit Feuer entstehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbote sind zwecklos, sie wecken nur die Neugier des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie hoch schätzen Sie die Gefahr ein, dass Ihr Kind heimlich mit Zündmitteln „spielt“?

☐ sehr hoch ☐ hoch ☐ mittelmäßig ☐ gering ☐ sehr gering

Es gibt eine Vielzahl von Ratschlägen und Meinungen zur gesunden Ernährung. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Bei der Ernährung meines Kindes/meiner Kinder achte ich,...	stimme			
	voll zu	eher zu	eher nicht zu	überhaupt nicht zu
darauf, dass beim Kochen hauptsächlich pflanzliche Fette verwendet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darauf, dass mein Kind täglich etwas Gemüse, Salat oder Rohkost isst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darauf, dass mein Kind morgens ausreichend Geld mitnimmt, um sich auf dem Schulweg etwas zu essen kaufen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf die fettarme Zubereitung der Speisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den Kauf von Vollkornprodukten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf eine ausreichende Zuckerversorgung, z.B. durch Fruchtsäfte, Schokolade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darauf, dass beim Kochen hauptsächlich tierische Fette verwendet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darauf, dass mein Kind täglich etwas Milch und/oder Joghurt zu sich nimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für die Eltern der Versuchsklassen:

In der Klasse Ihres Sohnes/Ihrer Tochter fanden im zurückliegenden Schuljahr verschiedene Unterrichtseinheiten statt, die von außerschulischen Einrichtungen durchgeführt wurden. Von welchen dieser Stunden hat Ihnen Ihr Kind erzählt?

- ☐ von der Unterrichtseinheit (UE) der Feuerwehr zum „Sicheren Umgang mit Zündmitteln“
- ☐ von der UE der Polizei zum Thema „Diebstahl“
- ☐ von der UE der AOK zur „Gesunden Ernährung“
- ☐ vom Sicherheitstraining der "Busschule" durchgeführt durch die VER (Verkehrsgesellschaft Ennepe-Ruhr)
- ☐ vom „1.Hilfe-Kurs“ für Kinder
- ☐ vom Besuch der Feuerwache
- ☐ vom Fahrtraining mit Spielgeräten (Skateboards u.ä.) der Kinder

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Anhang zu der 4. Untersuchung (Ende 3. Schuljahr, 2005)

Protokollbogen zur Kinderbefragung

Schule: _____ Klasse: ☐ 3a ☐ 3b ☐ 3c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen Alter: _____ Jahre

Muttersprache: ☐ deutsch ☐ türkisch ☐ sonstige _____



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

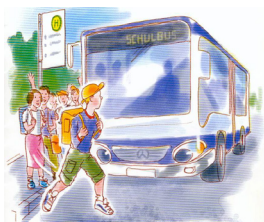
Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:

Wie viele Portionen Obst und Gemüse solltest Du am Tag essen?

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Obst und Gemüse mit vielen wichtigen Vitaminen gibt es in vielen Farben. Stelle Dir die Obst- und Gemüsesorten vor. Welche Farben haben sie?

☐ blau, grün, rot

☐ rot, gelb, grün

☐ rot, blau, weiß

Wie viel (Mineral)wasser solltest du jeden Tag trinken?

☐ ca. ½ Flasche

☐ ca. 1 Flasche (0,75 l)

☐ ca. 2 Flaschen (1,5 l)

Was hast du heute Morgen zum Frühstück gegessen und getrunken?

Was hast du heute als „Pausenfrühstück“ für die Schule dabei?

„Welches Verhalten ist gesünder für den Rücken?“

☐



☐



☐



☐












☐



☐



<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

Welche dieser Streichhölzer darfst/solltest du benutzen, welche nicht?		
	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie würdest du das Streichholz ausmachen?

Drei verschiedene Möglichkeiten wurden per Bildmotiv angeboten

a) ausschütteln des Streichholz

b) auspusten von der Seite


c) auspusten von oben

**Kennst du ein Kind, das schon mal heimlich mit Feuer gespielt hat?
Was würdest du sagen, wenn du ein anderes Kind dabei beobachtest?**

Welche von diesen Gegenständen brennen leicht?

	Kinderantwort „Ja“	Kinderantwort „Nein“	„weiß nicht“
Glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schraube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoff (z.B. T-Shirt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styropor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier siehst du in den Kreisen jeweils Sachen, die gefährlich sind. Kannst du mir sagen, warum?

(Letztes Motiv, falls nicht sofort erkannt, kurz erklären: „Kind schießt mit Wasserpistole auf Stromleitungen“) *Die Texte rechts der Bilder vorlesen:*



Der rechte Junge wird von dem Jungen links bedroht.

Wie sollte das Opfer sich verhalten? Wie würdest du dich verhalten, wenn du so bedroht würdest?



Der Junge schlägt das rechte Mädchen. Das Mädchen links hat bislang nur zugesehen.

Wie sollte sich jemand verhalten, der das beobachtet? Wie würdest du dich verhalten, wenn du das beobachten würdest?

Stell dir vor, ein anderes Kind würde von dir verlangen, dass du ihm am nächsten Tag Geld gibst (*auf Nachfrage: 2€*), damit es dich nicht verprügelt. Was würdest du in so einer Situation machen?

Fragebogen zur Elternbefragung

(Der Fragebogen wurde in der vorliegenden deutschsprachigen Version und in einer türkischen Übersetzung angeboten.)

Ausfüllendes Elternteil: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide

Schule: _____ **Klasse:** ☐ 4a ☐ 4b ☐ 4c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen **Alter:** _____ Jahre

Das Kind, für das Sie diesen Fragebogen ausfüllen,

☐ ist Einzelkind ☐ hatältere Geschwister ☐ hatjüngere Geschwister
(die Anzahl jüngerer bzw. älterer Geschwister bitte auf die gepunktete Linie eintragen)

Wie kommt Ihr Kind meistens zur Schule und zurück?	Hinweg	Rückweg
zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Bus / Schulbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird mit dem Auto gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nach einer Verletzung (Verbrennung, Vergiftung, Biss von Tieren, usw.) ärztlich behandelt werden?
_____ mal (Anzahl bitte eintragen)

Beschreiben Sie die Verletzungsart und –ursache nach folgendem Schema:

Unfallart

Unfallort

Alter des Kindes

Folgen

Beispiele

1.leichte Verbrennung	zu Hause	8 Jahre	kinderärztliche Behandlung
2.Fahrradsturz	Schulweg	9 Jahre	Platzwunde
3.vom Hund gebissen	Stadtpark	10 Jahre	Schock, Schutzimpfung

1. _____

2. _____

3. _____

Kam es im letzten Jahr zu leichteren Verletzungen, die Sie oben nicht aufgeführt haben? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ im Umgang mit Feuer, z.B. leichte Verbrennungen
☐ durch Stürze mit dem Fahrrad
☐ Verletzungen beim Fahren mit dem Skateboard, Rollschuhen, o.ä.

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Unfall im Straßenverkehr?

- ☐ nein
 ja, ☐ als Fußgänger
 ☐ mit dem Fahrrad
 ☐ auf Rollenschuhen, Inline-Skates, Skateboard etc
 ☐ als Mitfahrer im Auto
 ☐ sonstiges _____

Wie oft nimmt ihr Kind zu Zeit als Radfahrer am Straßenverkehr teil?

täglich	3-4 in der Woche	1-2 in der Woche	1-2 im Monat	seltener/nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen sie die Fahrsicherheit Ihres Kindes mit dem Fahrrad ein?

- ☐ ziemlich sicher
☐ noch etwas unsicher
☐ noch sehr unsicher
☐ mein Kind kann noch nicht Fahrrad fahren

**Trägt Ihr Kind Schutzkleidung...
...beim Rad fahren?**

Helm	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> mein Kind fährt nicht mit dem Fahrrad	

...beim Inline-Skaten /Rollschuh laufen?

Helm	Arm-/Knieschoner
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> mein Kind fährt nicht mit Skates oder Rollschuhen	

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen.	Ja	Nein
Darf Ihr Kind ohne Begleitung eines Erwachsenen auf der Fahrbahn Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass sich Ihr Kind schon längere Zeit auf die Anforderungen im Straßenverkehr konzentrieren kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass Ihr Kind die wichtigsten Verkehrsschilder kennt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, dass Ihr Kind die wichtigsten Verkehrs- und Verhaltensregeln kennt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nutzen Sie die Angebote des Öffentlichen Nahverkehrs?
Wie oft fahren Sie bzw. Ihr Kind mit dem Bus?**

	täglich	3-4 in der Woche	1-2 in der Woche	1-2 im Monat	seltener/nie
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihr Kind in einem Sportverein aktiv?

<input type="checkbox"/> ja, seit über einem Jahr	Sportart:
<input type="checkbox"/> ja, innerhalb der letzten 12 Monate eingetreten	
<input type="checkbox"/> nicht mehr, innerhalb der letzten 12 Monate ausgetreten	
<input type="checkbox"/> nein	

Schätzen Sie bitte die Zeit, die Ihr Kind täglich vor dem Fernseher verbringt.

_____ Stunden pro Tag

Verfolgt Ihr Kind regelmäßig eine bestimmte Fernsehserie, die mehrmals in der Woche ausgestrahlt wird? ☐ Ja ☐ Nein

Ist Ihnen bekannt, dass an der Schule Ihres Kindes im letzten Schuljahr ein Kochabend angeboten wurde?

weiter auf

☐ ja, aber ich habe nicht teilgenommen

Seite 4

☐ ja, ich habe auch teilgenommen

Wenn Sie teilgenommen haben, dann bewerten Sie bitte auch noch die folgenden Aussagen	trifft			
	voll zu	eher zu	eher nicht zu	nicht zu
Es wäre gut, wenn ein derartiges Kochangebot für Eltern öfter angeboten würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An diesem Kochabend habe ich interessante Informationen zur gesunden Ernährung bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Ideen, die ich auf dem Kochabend erhalten habe, habe ich danach schon zu Hause umgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Inhalte waren mir schon vorher bekannt, insgesamt habe ich nichts Neues erfahren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten der vorgestellten Rezepte sind doch relativ zeitaufwändig, so dass man sie zu Hause eher nicht anwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Kochabend wurde gezeigt, wie man zugleich gesund, abwechslungsreich und preisgünstig kochen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schön fände ich es, wenn man einen Kochabend gemeinsam mit Eltern und Kindern durchführen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche dieser Schutzmaßnahmen sind bei Ihnen zu Hause vorhanden?

<input type="checkbox"/> Feuerlöscher	<input type="checkbox"/> Steckdosenschutz
<input type="checkbox"/> Rauchmelder	<input type="checkbox"/> Löschdecke

Darf Ihr Kind allein ein Streichholz anzünden?

- ☐ nein, generell nicht
☐ ja, aber nur, wenn ein Erwachsener im Raum ist
☐ ja, auch dann, wenn kein Erwachsener im Raum ist

Die Förderung der Sicherheit und Gesundheit Ihrer Kinder schließt auch die Vermeidung von Gewalt und Straftaten ein. Bitte beantworten Sie uns daher auch die folgenden Fragen.

Kam es im letzten Jahr zu körperlichen Auseinandersetzungen, Konflikten oder Prügeleien, an den Ihr Kind beteiligt war?

- ☐ Ja, mein Kind ist sogar relativ häufig in solchen Konflikten verwickelt.
☐ Ja, aber es kommt nur relativ selten vor, dass mein Kind an Prügeleien beteiligt ist.
☐ Nein

Haben solchen Auseinandersetzungen, den Erzählungen Ihres Kindes nach, in der letzten Zeit eher zugenommen oder sind sie eher weniger geworden?

- ☐ hat eher zugenommen ☐ ist etwa gleich geblieben ☐ ist eher weniger geworden
☐ weiß nicht

Ist Ihr Kind im Laufe des letzten Jahres auf dem Schulweg von anderen Kindern bedroht worden?

- ☐ Ja, das ist sogar aktuell der Fall.
☐ Ja, aber zu Zeit nicht mehr.
☐ Nein, ganz sicher nicht.
☐ Es kann sein, dass mein Kind mir davon nichts erzählt hat.

Wenn „ja“, bitte hier weiter ankreuzen	Ja	Nein	weiß nicht
Die Bedrohung erfolgte über einen längeren Zeitraum (mehrere Wochen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der oder die „Täter“ gehen auf die gleiche Schule wie mein Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der oder die „Täter“ verlangten „Schutzgeld“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben die Schule informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben die Polizei informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für die Eltern der Versuchsklassen:

In der Klasse Ihres Sohnes/Ihrer Tochter fanden im zurückliegenden Schuljahr verschiedene Unterrichtseinheiten statt, die von außerschulischen Einrichtungen durchgeführt wurden. Von welchen dieser Stunden hat Ihnen Ihr Kind erzählt?

- ☐ von der „Rückenschule“ der AOK
- ☐ von der UE zur „Gesunden Ernährung“
- ☐ vom Gewaltpräventionsprogramm (u.a. Puppenbühne) der Polizei
- ☐ vom „1.Hilfe-Kurs“ für Kinder
- ☐ von der UE der Feuerwehr zum Bereich „Wissen über Feuer“/„Gefahren des Feuers“
- ☐ von der UE zum Thema „Energie/Strom“ durchgeführt von der AVU

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Anhang zu der 5. Untersuchung (Ende 4. Schuljahr, 2006)

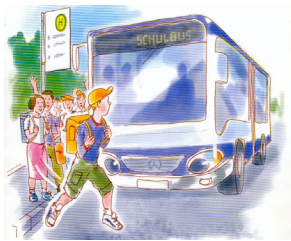
Protokollbogen zur Kinderbefragung

Schule: _____

Klasse: ☐ 4a ☐ 4b ☐ 4c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen Alter: _____ Jahre

Muttersprache: ☐ deutsch ☐ türkisch ☐ sonstige _____



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:


Maßnahmen:



Gefahren:

Ursachen:

Maßnahmen:




	<p>Stelle dir vor, dir würde beim Einsteigen etwas unter den Bus fallen (z.B. der Turnbeutel). Was würdest du machen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich sage dem Busfahrer was passiert ist und warte auf seine Erlaubnis, meine Sachen unter dem Bus hervorzuholen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich greife selbst sofort unter den Bus, um meine Sachen zu retten.</p>
---	--

Bei der **Fahrt im Bus**...

- ☐...nehme ich die Schultasche entweder auf den Schoß oder stelle sie zwischen meinen Füßen ab.
- ☐...stelle ich meinen Tornister auf den Sitz neben mir, damit ich ganz viel Platz für mich alleine haben kann.
- ☐...stelle ich die Tasche in den Gang.

Beim Aussteigen aus dem Bus...

- a) ☐...springe ich schnell aus dem Bus, damit der Bus schnell weiterfahren kann.
☐...schaue ich mich nach rechts und links um.
- b) ☐...sollte ich meine Jacke offen haben.
☐...sollte ich meine Jacke immer zu haben.
- c) Wenn beim Aussteigen meine Tasche in der Tür eingeklemmt wird...
☐...lasse ich die Tasche sofort los, egal, was drin ist.
☐...lasse ich auf gar keinen Fall los, damit der Busfahrer sieht, dass da was eingeklemmt ist.



Was bedeuten diese Schilder?	
	
	
	

Welche von diesen Gegenständen brennen leicht?

	Kinderantwort „Ja“	Kinderantwort „Nein“	„weiß nicht“
Glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styropor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welchem dieser beiden Bilder macht das Kind das besser?

	<input type="checkbox"/> vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt		<input type="checkbox"/> vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt
---	--	--	--

	<input type="checkbox"/> vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt		<input type="checkbox"/> vom Kind als „richtig“/„besser“ benannt
---	--	--	--

Wie würdest du das Streichholz ausmachen?

Drei verschiedene Möglichkeiten wurden auf Bildmotiven angeboten

a) ausschütteln des Streichholz

b) auspusten von der Seite

c) auspusten von oben

Kennst du die Aufgaben der Feuerwehr?

Krankenwagen fahren	<input type="checkbox"/>	Feuer löschen	<input type="checkbox"/>
Menschen und Tiere retten	<input type="checkbox"/>	Feuerlöscher verkaufen	<input type="checkbox"/>
Brandschutz-Unterricht in Schulen durchführen	<input type="checkbox"/>	Autos abschleppen	<input type="checkbox"/>
Wasser aus Kellern abpumpen	<input type="checkbox"/>	umgefallene Bäume wegräumen	<input type="checkbox"/>

Welche Telefon-Nr. hat die Polizei?

☐ weiß nicht**die Feuerwehr?**

☐ weiß nicht

Stelle dir vor, du rufst bei der Feuerwehr an, weil es irgendwo brennt. Was musst du der Feuerwehr am Telefon alles sagen?

1.

2.

3.

4.

Wenn es bei in der Wohnung brennt, was solltest du dann am besten machen?☐ Ich versuche das Feuer erstmal selber zu löschen, bevor es noch größer wird.☐ Ich bringe mich sofort in Sicherheit und rufe von dort die Feuerwehr an.**Und wie würdest du dich in Sicherheit bringen?**☐ Ich gehe raus und warte auf dem Bürgersteig bis die Feuerwehr da ist.☐ Ich warte in der Wohnung, damit ich der Feuerwehr die Tür aufmachen kann und zeige den Feuerwehrleuten, wo es brennt.**Wenn ich die Wohnung nicht mehr verlassen kann,...**☐ ...gehe ich ans Fenster und rufe ganz laut „Feuer“.☐ ...rufe ich die Feuerwehr an und springe aus dem Fenster.

Hier siehst du in den Kreisen jeweils Sachen, die gefährlich sind. Kannst du mir sagen, warum?

(Letztes Motiv, falls nicht sofort erkannt, kurz erklären: „Kind schießt mit Wasserpistole auf Stromleitung“)

Bis jetzt haben wir darüber gesprochen, wie man Unfälle vermeiden kann, in dem man im Straßenverkehr oder beim Feuer machen sehr vorsichtig ist. Bei den nächsten Fragen geht es darum, wie du dich gesund ernähren kannst.

Wie oft am Tag sollten wir etwas essen (Hauptmahlzeiten und Zwischenmahlzeiten wie Obst und Jogurt)?

☐ 2 mal ☐ 5 mal ☐ 9 mal ☐ 12 mal

Nenne bitte drei Gerichte/Speisen, die man mit Obst herstellen kann:

Wie viel Obst und Gemüse brauchen wir am Tag und sollen wir deshalb täglich mindestens essen?

- ☐ 1 Hand (voll) Obst + 1 Hand (voll) Gemüse
- ☐ 2 Hände Obst + 3 Hände Gemüse

Nenne bitte drei Gerichte/Speisen, die man mit Gemüse herstellen kann:

Warum ist es wichtig, mehrere kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt zu essen und genug Durstlöschendes zu trinken?

Warum ist gesundes Essen und Trinken wichtig für unser Wohlfühlen?

Was haben wir gemeinsam in der großen Lehrküche zubereitet und zusammen probiert? (nur VK)

- ☐ paniertes Schnitzel, Gulasch-Suppe, Buttercreme-Torte und Limonade
- ☐ frische Salate, Gemüse-Suppe mit Grießklößchen, Spaghetti und Tomaten-Rindergehacktes-Soße, Milchreis mit Erdbeeren und Himbeeren
- ☐ Grill-Hähnchen, Pommes frites mit Mayonnaise, Dosen-Obst
- ☐ Erbsensuppe, Bockwurstchen mit Kartoffelsalat, Schoko-Croissant


Zum Abschluss hab ich noch ein paar Fragen zu einem anderen Thema.

Würdest du sagen, das ist „Gewalt“?	Ja	Nein
Ein anderes Kind (<i>grundlos</i>) schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Autoantenne abbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Geschäft etwas klauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ein Freund von dir das machen würde, würdest du das verhindern, auch wenn er danach vielleicht wütend auf dich wäre?

	Das darf man nicht, ich würde das verhindern	Lieber keinen Streit, ich würde das nicht verhindern
Dein Freund will ein anderes Kind schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dein Freund will eine Autoantenne abbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dein Freund will in einem Geschäft etwas klauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Texte rechts der Bilder vorlesen:




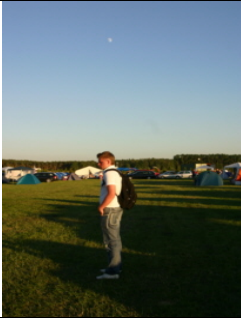


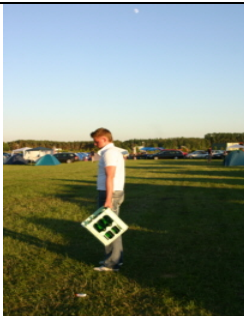
	<p>Der rechte Junge wird von dem Jungen links bedroht.</p> <p>Wie sollte das Opfer sich verhalten? Wie würdest du dich verhalten, wenn du so bedroht würest?</p>
---	--

Wenn du von einem anderen Kind beschimpft/geärgert wirst, was machst du dann?

Kennst du eine Möglichkeit, dich selbst zu beruhigen, wenn du sehr wütend, aufgeregt oder ängstlich bist?

Im Unterricht habt ihr bestimmte Sätze gelernt, mit der ihr euch gut beruhigen und entspannen könnt. Kannst du mir diese Hilfssätze aufsagen? (nur VK)

Fragebogen zur Rückenschule und Freizeitverhalten
(wurde in den Pausen beim Motorik-Test ausgefüllt)

„Welches Verhalten ist gesünder für den Rücken?“				
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------

Treibst du gerne Sport?

☐ sehr gerne

☐ gerne

☐ nicht so gerne

☐ ganz ungern

Bist du in einem Sportverein?

☐ ja

☐ nein

☐ nicht mehr

Treibst du in einer Schul-AG Sport?

☐ ja

☐ nein

☐ nicht mehr

wenn ja:

Wie oft? _____ Welche Sportart? _____

Hast du gestern Fernsehen geschaut?

☐ ja

☐ nein

wenn ja:

Wie lange? _____

Hast du einen Computer oder eine Spielkonsole?

☐ ja

☐ nein

wenn ja: Wie oft spielst du mit dem Computer / der Spielkonsole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft spielst du draußen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr oft	oft	manchmal	selten	sehr selten/nie

Anmerkung:

sehr oft	→	jeden Tag
oft	→	jeden zweiten Tag
manchmal	→	einmal die Woche
selten	→	weniger als einmal die Woche
sehr selten/nie	→	einmal im Monat

Fragebogen zur Elternbefragung

Ausfüllendes Elternteil: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide

Schule: _____ **Klasse:** ☐ 4a ☐ 4b ☐ 4c

Geschlecht des Kindes: ☐ Junge ☐ Mädchen **Alter:** _____ Jahre

Wie kommt Ihr Kind meistens zur Schule und zurück?	Hinweg	Rückweg
zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Bus / Schulbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird mit dem Auto gebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft musste Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nach einer Verletzung (z.B. Verbrennung, Vergiftung, Biss von Tieren) ärztlich behandelt werden?
 _____ mal (Anzahl bitte eintragen)

Beschreiben Sie die Verletzungsart und –ursache nach folgendem Schema:

Unfallart

Unfallort

Alter des Kindes

Folgen

Beispiele

1. leichte Verbrennung	zu Hause	9 Jahre	kinderärztliche Behandlung
2. Fahrradsturz	Schulweg	10 Jahre	Platzwunde
3. vom Hund gebissen	Stadtspark	11 Jahre	Schock, Schutzimpfung

1. _____

2. _____

3. _____

Kam es im letzten Jahr zu leichteren Verletzungen, die Sie oben nicht aufgeführt haben? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ im Umgang mit Feuer, z.B. leichte Verbrennungen
- ☐ durch Stürze mit dem Fahrrad
- ☐ Verletzungen beim Fahren mit dem Skateboard, Rollschuhen, o.ä.

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Unfall im Straßenverkehr?☐ neinja, ☐ als Fußgänger☐ mit dem Fahrrad☐ auf Rollschuhen, Inline – Skates, Skateboard☐ als Mitfahrer im Auto☐ sonstiges _____**Wie schätzen Sie die Fahrsicherheit Ihres Kindes mit dem Fahrrad ein?**☐ ziemlich sicher☐ noch etwas unsicher☐ noch sehr unsicher☐ mein Kind kann noch nicht Fahrrad fahren**Nutzen Sie die Angebote des Öffentlichen Nahverkehrs?****Wie oft fahren Sie bzw. Ihr Kind mit dem Bus?**

	täglich	3-4 in der Woche	1-2 in der Woche	1-2 im Monat	seltener/nie
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Darf Ihr Kind allein ein Streichholz anzünden?☐ nein, generell nicht☐ ja, aber nur, wenn ein Erwachsener im Raum ist☐ ja, auch dann, wenn kein Erwachsener im Raum ist**Schätzen Sie bitte die Zeit, die Ihr Kind täglich vor dem Fernseher verbringt.**

_____ Stunden pro Tag

Führen Sie selbst bzw. Ihr Kind zu Hause Entspannungsübungen (z.B. Autogenes Training) durch?

Sie selbst:	<input type="checkbox"/> ja, regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja, aber unregelmäßig	<input type="checkbox"/> nein
Ihr Kind:	<input type="checkbox"/> ja, regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja, aber unregelmäßig	<input type="checkbox"/> nein

Welche Veränderungen können Ihrer Meinung nach durch Entspannungstechniken bei Kindern erzielt werden?	Ja	Nein
Abbau von Ängsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der körperlichen Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höhere schulische Leistungsfähigkeit / bessere Konzentrationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abbau von aggressivem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ andere _____

nur Versuchsklassen

Ist Ihnen bekannt, dass an der Schule Ihres Kindes im letzten Schuljahr ein Kochabend angeboten wurde?

☐ ja, aber ich habe nicht teilgenommen

unten geht es weiter

☐ ja, ich habe auch teilgenommen

Wenn Sie teilgenommen haben, dann bewerten Sie bitte auch noch die folgenden Aussagen	trifft			
	voll zu	eher zu	eher nicht zu	nicht zu
Es wäre gut, wenn ein derartiges Kochangebot für Eltern öfter angeboten würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An diesem Abend habe ich interessante Informationen zur gesunden Ernährung bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Ideen, die ich auf dem Kochabend erhalten habe, habe ich danach schon zu Hause umgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Inhalte waren mir schon vorher bekannt, insgesamt habe ich nichts Neues erfahren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten der vorgestellten Rezepte sind doch relativ zeitaufwändig, sodass man sie zu Hause eher nicht anwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Kochabend wurde gezeigt, wie man zugleich gesund, abwechslungsreich und preisgünstig kochen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Förderung der Sicherheit und Gesundheit Ihrer Kinder schließt auch die Vermeidung von Gewalt und Straftaten ein. Bitte beantworten Sie uns daher auch die folgenden Fragen.

Kam es im letzten Jahr zu körperlichen Auseinandersetzungen, Konflikten oder Prügeleien, an denen Ihr Kind beteiligt war?

☐ Ja, mein Kind ist sogar relativ häufig in solche Konflikte verwickelt gewesen.

☐ Ja, aber es kam nur relativ selten vor, dass mein Kind an Prügeleien beteiligt war.

☐ Nein

Haben solchen Auseinandersetzungen, den Erzählungen Ihres Kindes nach, in der letzten Zeit eher zugenommen oder sind sie eher weniger geworden?

☐ haben eher zugenommen

☐ sind etwa gleich geblieben

☐ sind eher weniger geworden

☐ weiß nicht

Ist Ihr Kind im Laufe des letzten Jahres auf dem Schulweg von anderen Kindern bedroht worden?

- ☐ Ja, das ist sogar aktuell der Fall.
☐ Ja, aber zur Zeit nicht mehr.
☐ Nein, ganz sicher nicht.
☐ Es kann sein, dass mein Kind mir davon nichts erzählt hat.

wenn „ja“, bitte hier weiter ankreuzen	Ja	Nein	weiß nicht
Die Bedrohung erfolgte über einen längeren Zeitraum (mehrere Wochen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der oder die „Täter“ gehen auf die gleiche Schule wie mein Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der oder die „Täter“ verlangten „Schutzgeld“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben die Schule informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wir haben die Polizei informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zum Sicherheits- und Gesundheitsverhalten Ihres Kindes.	trifft			
	voll zu	eher zu	eher nicht zu	nicht zu
Mein Kind nimmt im Vergleich zu anderen Kindern sehr aufmerksam am Straßenverkehr teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich merke, dass mein Kind sehr bewusst auf seine Ernährung achtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind könnte bei einem Wohnungsbrand selbständig die Feuerwehr benachrichtigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist sehr umsichtig, um Unfälle im Alltag (z.B. im Haus oder auf dem Spielplatz) zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind kennt die Gefahren, die im alltäglichen Umgang mit Strom entstehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind neigt im Straßenverkehr eher zu riskantem als zu vorsichtigem Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ob eine Speise eher gesund oder eher ungesund ist, ist meinem Kind relativ gleichgültig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind kennt die wichtigsten Verkehrsschilder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind beherrscht den gefahrlosen Umgang mit Feuer und Zündmitteln (Streichhölzer/Feuerzeug).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist in der Lage alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren (Fahrplan lesen, u.ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind kennt die wichtigsten Verkehrs- und Verhaltensregeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nur Versuchsklassen:

In der Klasse Ihres Sohnes/Ihrer Tochter fanden im zurückliegenden Schuljahr verschiedene Unterrichtseinheiten (UE) statt, die von außerschulischen Einrichtungen durchgeführt wurden. Von welchen dieser Stunden hat Ihnen Ihr Kind erzählt?

- ☐ von der „Busschule“ des VER
- ☐ von der UE zur „Gesunden Ernährung“
- ☐ von der UE der Polizei über Gewalt gegen Personen und Sachen
- ☐ vom Schwimmkurs des DLRG
- ☐ vom „1.Hilfe-Kurs“ für Kinder
- ☐ von der UE zur Brandschutzerziehung durch die Feuerwehr
- ☐ von der Einführung in das Autogene Training für Kinder

nur Versuchsklassen

Generell stufe ich die Auswirkungen dieses zusätzlichen Unterrichts zur Sicherheits- und Gesundheitserziehung als

- ☐ sehr hoch ☐ hoch ☐ gering ☐ sehr gering **ein.**

Wie beurteilen Sie die Einbindung außerschulischer Institutionen in den Grundschulunterricht?	trifft			
	voll zu	eher zu	eher nicht zu	nicht zu
Das ist nur dann gut, wenn die Leute auch entsprechend didaktisch geschult sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Grundschule sollte sich in erster Linie auf den Unterricht zum Lesen, Schreiben und Rechnen konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die wesentlichen Inhalte zum sicheren und gesunden Verhalten können die Eltern ebenso gut vermitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, dass derartiges (Fach-)Wissen für die Sicherheit und Gesundheit der Kinder genutzt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Veränderungen in unserer Gesellschaft stellen immer mehr Anforderungen an unsere Kinder, sodass ein solcher zusätzlicher Unterricht zur Sicherheits- und Gesundheitserziehung in den Grundschulen notwendig wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !